

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Rosimara Moraes Bonfim

O CORPO COMO TERRITÓRIO:
Percepções de amputados de membros inferiores

Governador Valadares
2022

ROSIMARA MORAES BONFIM

O CORPO COMO TERRITÓRIO:
Percepções de amputados de membros inferiores

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Interdisciplinar da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão Integrada do Território. Área de Concentração: Território, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo O. Leão e Silva

Governador Valadares
2022

Ficha Catalográfica

B713c Bonfim, Rosimara Moraes

O corpo como território: percepções de amputados de membros inferiores / Rosimara Moraes Bonfim. – 2022.
101 f.

Orientação: Leonardo O. Leão e Silva.
Dissertação (mestrado em Gestão Integrada do Território) – UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2022.

1. Diabetes - Complicações e sequelas. 2. Amputações de perna. 3. Territorialidade. 4. Território sociocultural. I. Silva, Leonardo O. Leão e. III. Título.

CDD-616.462



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

ROSIMARA MORAES BONFIM

O CORPO COMO TERRITÓRIO: Percepções de amputados de membros inferiores

Dissertação aprovada em 16 de dezembro de
2022, pela banca examinadora com a seguinte
composição:


Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Orientador – GIT/UNIVALE


Prof.^a. Dr.^a. Marileny Boschhat Frauches Brandão
Examinadora – GIT/UNIVALE


Prof.^a. Dr.^a. Sonia Maria Queiroz de Oliveira
Examinadora – Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF/GV

“Você é minúsculo no tempo e no espaço. E você está preso nessa coisa frágil
chamada corpo humano que está limitada ao planeta Terra.”
Neil deGrasse Tyson

“porque não somos feitos só das partes iluminadas
não somos feitos só do bom
não somos feitos só da luz
nós somos a combinação perfeita e infinita de nós mesmos
(mesmo que tenhamos errado)

por isso nunca se esqueça de pegar seus defeitos no colo
e dizer que os ama também
porque eles são importantes para o que hoje você é
e você é incrível”

Afeto Interestelar

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, sempre presente em minha vida desde às mais tenras lembranças da infância, por meio de minha mãe.

Aos meus pais, não mais entre nós, mas por nos incentivar sempre a trilhar os caminhos do aprendizado na escola, buscando conhecimentos para o futuro.

À minha filha Bárbara, cujo incentivo e compreensão pelas minhas ausências foram sempre presentes nesta jornada.

Aos meus irmãos: Graça, Carlos, Othon, Joana, José Roberto e Monica, pelo exemplo e incentivo para estudar, compreendendo minhas ausências em muitos encontros.

À Neide e as meninas do consultório, Márcia, Marlene e Ludmila, cujo auxílio cuidando de detalhes da vida e do trabalho foi primordial para os tempos de estudo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva, cuja dedicação, incentivo e horas de trabalho conjunto tornaram mais fácil a jornada, permitindo a sua conclusão. Seus conhecimentos e incentivo construíram conjuntamente este trabalho. Minha eterna gratidão!

À professora Dra. Patrícia Falco Genovez, sempre incentivando desde o início do desafio. Seu estímulo esteve presente desde à inscrição para o mestrado, sendo também exemplo para conciliar vida pessoal e a trajetória de estudos.

Ao colega médico, Dr. Constantino Soares, cuja colaboração foi um fundamental elo com os serviços de saúde e entrevistados, além de incentivo nos trabalhos. Meus sinceros agradecimentos, primo.

À professora Dra. Suely Maria Rodrigues, cujas contribuições ao longo de todo o processo traziam novas visões e caminhos de conhecimento para interpretações de fatos.

Aos professores do GIT, que com seus ensinamentos abriram múltiplas portas de estudo, especialmente em um momento novo de pandemia. As particularidades do ensino foram bem-sucedidas neste processo por seu trabalho incansável. E me mostraram caminhos muito diferentes dos da minha formação.

Aos colegas da turma de mestrado GIT, juntos pudemos viver esta nova experiência de aulas on-line e nos apoiar. Em especial, às colegas Fabrícia, Lidiane e Daniela, sempre compartilhando e sendo suporte desde o início.

Às alunas da iniciação científica, dedicadas e sempre dispostas a trabalhar conosco. Aos funcionários do GIT, nos ajudando com os detalhes.

E aos entrevistados, que aqui permanecem anônimos, mas que com a generosidade do seu tempo e disponibilidade de falar tornaram possível nosso objetivo.

Todos a quem agradeço serão sempre lembrados como parceiros nesta conquista em minha vida. Muito obrigada!

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônico-degenerativa com crescente prevalência, relacionada à dificuldade de metabolizar açúcar pelo organismo, causadora de alterações na microcirculação que se associam frequentemente à necessidade de amputações em membros inferiores. Na visão do corpo como território das ações do indivíduo, e que destas ações seriam territorialidades formadoras de sua posição social com concomitante poder adquirido neste processo, temos assim que uma perda mesmo que parcial de seu corpo afeta estas ações. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar as percepções de pacientes com *diabetes mellitus* amputados de membros inferiores sobre seu corpo, com foco no corpo-território e nas relações de poder influenciadas pela deficiência. Foi um estudo qualitativo de análise temática. A amostra foi constituída de sete indivíduos, masculinos e femininos, maiores de 18 anos, atendidos no CADEF de Governador Valadares-MG. Foi utilizado como instrumento uma entrevista com questionário semiestruturado, abordando as temáticas: “O significado do corpo após a amputação”, temática 1, “Impressões sobre a amputação”, temática 2 e “O diabetes mellitus e a amputação”, temática 3. As entrevistas, gravadas digitalmente, foram realizadas na casa dos usuários, observando-se as restrições sanitárias pós-COVID19, e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 2.503.632). Os textos foram transcritos e a análise temática foi baseada na técnica de análise temática de Laurence Bardin. Nas temáticas foram observadas as categorias: temática 1: (a) significado do corpo, (b) significado da amputação; temática 2: (a) Aspectos sociais, (b) A religiosidade, (c) O olhar sobre a família, (d) A dependência; temática 3: (a) A “prisão” chamada dieta, (b) A medicação e sua necessidade, (c) Atribuindo limites, (d) Perspectivas para o futuro. Verificou-se que todos entrevistados manifestaram aspectos negativos e limitantes com a doença e a cirurgia, sendo a religiosidade uma forma de apoio observada. A sensação de dependência esteve presente em todos os discursos, dependência do cuidado de outros ou dependência em seguir as regras da dieta e/ou uso de medicações. A dieta como regra assume um papel importante, mas negativo no cotidiano, por suas dificuldades. O cuidado dos profissionais de saúde é positivo mesmo sendo a origem e vigilância das regras. As limitações do corpo-território, a perda de suas territorialidades de independência em seu cuidado trouxe uma

sensação de perda do biopoder. Entender estas percepções auxiliam nas estratégias para relacionamento e atendimento destes pacientes, em especial para medidas preventivas de complicações e diagnóstico precoce da doença.

Palavras-chave: Complicações do diabetes. Amputação. Território sociocultural. Percepção. Corpo-território.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a chronic degenerative disease with increasing prevalence, related to the difficulty in metabolizing sugar by the body, causing changes in microcirculation that are often associated with the need for lower limb amputations. In the view of the body as a territory of the individual's actions, and that these actions would be territorialities that form their social position with concomitant power acquired in this process, we thus have that a loss, even if partial, of their body affects these actions. The aim of this study was to analyze the perceptions of lower limb amputees patients with diabetes mellitus about their body, focusing on the body-territory and power relations influenced by disability. It was a qualitative thematic analysis study. The sample consists of 07 individuals, male and female, over 18 years old, attended at CADEF in Governador Valadares-MG. An interview with a semi-structured questionnaire was used as an instrument, addressing the themes: "The meaning of the body after amputation", theme 1, "Impressions on amputation", theme 2 and "Diabetes mellitus and amputation", theme 3. interviews, digitally recorded, were carried out at the users' homes, observing the post-COVID19 health restrictions, and guidelines from the research ethics committee (opinion nº 2.503.632). The texts were transcribed and the thematic analysis was based on Laurence Bardin's technique. In the themes, the following categories were observed: theme 1: (a) meaning of the body, (b) meaning of amputation; theme 2: (a) Social aspects, (b) Religiosity, (c) The look at the family, (d) Dependence; theme; theme 3: (a) The "prison" called diet, (b) Medication and its need, (c) Assigning limits, (d) Perspectives for the future. It was found that all respondents expressed negative and limiting aspects of the disease and surgery, with religiosity being a form of support observed. The feeling of dependence was present in all speeches, dependence on the care of others or dependence on following diet rules and/or medication use. Diet as a rule assumes an important and negative role in everyday life. The care of health professionals is positive, even though they are the source and watchdog of the rules. The limitations of the body-territory, the loss of their territorialities of independence in their care brought a sense of loss of biopower. Understanding these perceptions helps in the strategies for relationship and care for these patients, especially for preventive measures of complications and early diagnosis of the disease.

Key words: Diabetes complications. Amputation. Sociocultural territory. Perception.
Body-territory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 DIABETES MELLITUS	17
2.1.1 Conceito, aspectos iniciais e epidemiologia	17
2.1.2 Tratamento	19
2.1.3 Complicações	21
2.1.4 A amputação	22
2.2 O CORPO E AS TÉCNICAS DO CORPO	25
2.3 TERRITORIALIZAÇÃO, DESTERRITORIALIZAÇÃO E O CORPO	28
2.4 O CORPO-TERRITÓRIO	35
2.4.1 O poder e o corpo	36
2.4.2 O corpo deficiente	38
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4 METODOLOGIA	41
4.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO	41
4.2 UNIVERSO DE ESTUDO	41
4.3 AMOSTRA	42
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	43
4.5 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	44
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	47
5.2 ANÁLISE TEMÁTICA	50
5.3 TEMÁTICA 1: O SIGNIFICADO DO CORPO APÓS A AMPUTAÇÃO	50
5.3.1 Categoria 1: O significado do corpo	52
5.3.2 Categoria 2: O significado da amputação	53
5.4 TEMÁTICA 2: IMPRESSÕES SOBRE A AMPUTAÇÃO	55
5.4.1 Categoria 1: Aspectos Sociais	55
5.4.2 Categoria 2: A religiosidade	58
5.4.3 Categoria 3: O olhar sobre a Família	61
5.4.4 Categoria 4: A dependência	64
5.5 TEMÁTICA 3: O DIABETES MELLITUS E A AMPUTAÇÃO	66
5.5.1 Categoria 1: A “prisão” chamada dieta	67
5.5.2 Categoria 2: A medicação e sua necessidade	70
5.5.3 Categoria 3: Atribuindo limites	72
5.5.4 Categoria 4: Perspectivas para o futuro	74
5.6 AS TERRITORIALIDADES MOLDANDO OS NOVOS LIMITES CORPORAIS... ..	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	94
ANEXO A: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO HOSPITAL MUNICIPAL E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS 95	
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	97
ANEXO C: SOLICITAÇÃO DO ACESSO AOS PRONTUÁRIOS PARA PESQUISA 98	
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL MUNICIPAL 99	
ANEXO E: QUESTIONÁRIO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	100
ANEXO F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
(TCLE)	101

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica, cuja estimativa global de afetados é de 382 milhões de pessoas, sendo a nona causa mundial de morbidades. No Brasil, conforme os dados de 2013, o DM afeta cerca de 6,9% da população, sendo causa de até 15,4% dos custos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro entre 2008 e 2010 (MUZY et al., 2022). No mesmo estudo, estimou-se que 9,4% da população brasileira seria afetada até 2020, com uma análise dos diversos procedimentos no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença e suas complicações, por meio de informações do DATASUS, demonstrando necessidade de melhor implementação das medidas preventivas das complicações por meio da Atenção Básica em Saúde (ABS).

Com o aumento da expectativa de vida da população e da incidência de obesidade, a Sociedade Brasileira de Diabetes, em seu portal, alerta para a necessidade de medidas preventivas (SBD, 2021). A obesidade tem relação com o desenvolvimento do DM nos pacientes. Por meio deste aumento dos casos da doença, teremos uma população mais sujeita a alterações circulatórias secundárias à doença, com potencial para preenchimento dos critérios médicos para indicação de amputações nestes pacientes.

A maior incidência observada é de amputações em membros inferiores, majoritariamente relacionadas com doenças, em especial diabetes, e particularmente na população idosa. Correia et al. (2022) evidenciam que os diabéticos correspondem a 70% das cirurgias de amputação de membros inferiores no mundo, salientando que a mortalidade destes pacientes após 90 dias pode chegar a 18% dos casos. Neste estudo são elencados diversos fatores de risco nos diabéticos para o desfecho de morte durante a amputação, todavia o efetivo controle pode ser feito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com as estratégias adequadas, mostrando a necessidade de adequação destes serviços para atenção à essa demanda.

Ademais, o envelhecimento da população, o sedentarismo e os hábitos alimentares contribuem para o aumento da incidência da DM, impactando os serviços de atenção à saúde com a utilização de recursos públicos e privados para seu tratamento, tendo em vista as internações com as cirurgias de amputações ou a reabilitação pós-operatória (SOUZA; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2019). Os impactos

econômico e social serão importantes, pois trata-se de pacientes que necessitam de cuidados especiais, tais como: apoio psicossocial, acessibilidade e recursos para transporte, escolarização e reinserção social (MATOS; NAVES; ARAUJO, 2020).

As questões de incidência, diagnóstico, tempo de recuperação, impacto econômico são quantificáveis, mas há um componente subjetivo e individual, cuja análise e percepção não são facilmente quantificáveis. Trata-se da percepção individual de tornar-se deficiente físico após uma amputação, bem como das estratégias de enfrentamento às modificações do corpo, sua relação com o corpo e as relações de poder. Esse componente pode influenciar na adesão do paciente às medidas de controle da doença, bem como na prevenção das complicações, considerando que a relação da atenção à saúde do paciente está intimamente ligada às relações de proximidade existentes entre os envolvidos.

Para programar estratégias efetivas é necessário o aprofundamento nos estudos qualitativos, pois promoverá uma busca detalhada sobre as percepções dos pacientes amputados, tornando a abordagem mais efetiva e completa. Sabe-se que os pacientes que possuem DM possuem maior risco para ocorrência de outras amputações, bem como outras complicações, por isso, entender suas percepções permite um melhor planejamento das ações em saúde, focadas no bem-estar destes indivíduos (MATOS; NAVES; ARAUJO, 2020). Tal perspectiva conseqüentemente gera subsídios para aprimorar e fortalecer as relações existentes entre o paciente, a equipe de saúde e a comunidade. Desta forma, surge a questão de pesquisa que norteia esta investigação: Quais as percepções de pacientes que possuem DM sobre seu corpo, principalmente após a descontinuidade de um membro corporal, com foco na relação corpo-território e poder?

Sendo assim, este trabalho está dividido de forma que, no referencial teórico é realizado um percurso teórico, subdividido em quatro itens principais: No primeiro é realizada uma discussão sobre a diabetes mellitus, levantando seu conceito, o diagnóstico, suas repercussões orgânicas, a epidemiologia, a importância na saúde pública nacional e mundial, o tratamento e importância da saúde pública e possíveis complicações. Em seguida, buscou-se trabalhar temas relacionados à amputação, como seu conceito e indicações, especialmente os aspectos relacionados ao DM e as amputações de membros inferiores.

No segundo item estudamos o corpo e as técnicas do corpo, como elas se desenvolvem e são aprendidas, e a sua importância na formação do indivíduo. No terceiro item estudamos os conceitos de Territorialização, desterritorialização e o corpo, com referencial nas diversas relações entre as vivências em um território e o corpo de um indivíduo, que possui relações sociais. No quarto item estudamos o corpo território, abordando a importância do corpo na formação do poder e seus processos, os limites corporais, e finalmente corpo deficiente. Esses referenciais subsidiaram o desenvolvimento das temáticas nesta pesquisa.

No terceiro momento, passa-se a apresentar os objetivos do presente estudo e no quarto capítulo é mostrado o percurso metodológico realizado, desde à delimitação do universo de estudo, bem como os caminhos percorridos, o instrumento utilizado e os recursos para organizar os dados e analisá-los.

O quinto capítulo deste trabalho apresenta os resultados e discussão da pesquisa. Ao proceder o estudo proposto foram desenvolvidas temáticas para as análises. Na primeira temática abordamos o significado do corpo após a amputação, estabelecendo as seguintes categorias: O significado do corpo, na qual explora-se o entendimento do corpo e sua importância para os entrevistados. A segunda categoria foi referente ao significado da amputação, buscando aspectos pertinentes às percepções da cirurgia de amputação.

A segunda temática versa sobre Impressões sobre a amputação. Essa temática se dividiu em quatro categorias: “aspectos sociais, a religiosidade, o olhar sobre a família e a dependência”. Nesta temática estudamos as percepções e alterações, surgindo como consequência da amputação na vida dos entrevistados.

A terceira temática se denomina O diabetes Mellitus e a amputação, com as categorias: A “prisão chamada dieta”, explorando este aspecto fundamental na doença e na vida social, e as percepções da restrição de tipos de alimentos para estes amputados. A segunda categoria é sobre a medicação e sua necessidade, analisando os aspectos de uso, orientações e perspectivas do uso dos medicamentos nestes pacientes. A terceira categoria é “perspectivas para o futuro”, explorando os anseios e expectativas destes entrevistados, convivendo permanentemente com o DM e os riscos de mais amputações.

No sexto capítulo desta dissertação apresenta-se as considerações finais. Buscou-se mostrar o que pode ser concluído, as perguntas que emergem a partir do

já estudado, bem como as limitações encontradas no trabalho. Segue-se a finalização com as referências que mostram as obras que foram utilizadas ao longo das leituras para a construção do texto, bem como os anexos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIABETES MELLITUS

2.1.1 Conceito, aspectos iniciais e epidemiologia

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), para 2019-2020, o indivíduo diabético teria o nível de glicose no sangue em jejum maior ou igual a 126 mg/dl, e no pré-diabético este nível seria de 100 a 125 mg/dl (SBD). Associada a outros critérios diagnósticos relevantes, é uma doença crônica que traz diversas complicações quando não tratada adequadamente, sendo importante causa de hospitalizações e mortalidade. Está associada a hábitos sedentários, dieta inadequada, excesso de peso, envelhecimento da população, dentre outros. O Brasil ocupa o quarto lugar no mundo em casos da doença, com cerca de 12,5 milhões de casos em 2017. Os dados apresentados possuem projeções de alcançarem cerca de 20,3 milhões de casos em 2045. Mais recentemente, verificou-se prevalência variando de 9,2% a 9,4% da população brasileira, de acordo com a região analisada e o modelo de análise utilizado, havendo dados no estudo de subnotificação de casos no país (MUZY et al., 2021).

A doença pode ser classificada em Diabetes tipo I (A e B), Tipo 2 (este mais predominante nos adultos), Diabetes gestacional e outros específicos (BERTONHI; DIAS, 2018). Em comum, todos os tipos se relacionam à resistência ou insuficiência orgânica ao hormônio insulina, produzido pelo pâncreas e fundamental no metabolismo da glicose. Essa falha na ação insulínica faz com que o nível de glicose no plasma sanguíneo se mantenha elevado, gerando além do desequilíbrio metabólico glicêmico, lesões nas células que revestem internamente os microvasos sanguíneos presentes em todo o corpo, e que gradativamente danificam órgãos, incluindo rins, retina, coração, bainhas de nervos, coração e outros (AGUIAR; VILELA; BOUSKELA, 2007). O diabetes gestacional traz também alterações a nível fetal, mas frequentemente não se mantém no pós-parto ou na criança. Porém, nos critérios atuais, é alerta para eventual desenvolvimento futuro de diabetes nesta paciente.

É uma doença que afeta 3% da população mundial (MUZY et al., 2021), estimando-se que na faixa etária entre 20 a 79 anos, um em cada 11 adultos seria portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), sendo que 25% dos pacientes portadores da doença evoluirão com a chamada úlcera do pé diabético, e destes, 15% sofrerão amputação de pé ou do membro inferior afetado. Martins et al. (2020) relatam uma prevalência mundial de 450 milhões de pessoas portadoras do DM-2, com uma perspectiva de 640 milhões em 2040. Tal situação mostra-se alarmante, considerando-se que cerca de 50% dos portadores de DM desconhecem o diagnóstico da doença (MUZY et al., 2021). A eficiente gestão da atenção primária nos programas públicos para o atendimento do paciente diabético pode impactar positivamente na saúde da população. Nos estudos de Muzy et al. (2021) demonstram-se condutas de profissionais médicos durante atendimentos em diversas ações na atenção primária à saúde dos programas de cuidados ao portador de DM, concluem que existem diversos aspectos que devam ser aprimorados, especialmente com relação à gestão e aplicação dos recursos federais nestes programas.

As ações referentes ao diagnóstico e prevenção da doença são fundamentais na saúde pública, em especial pelo papel da atenção primária no diagnóstico e tratamento. A atenção básica tem atuação crucial no fornecimento das medicações, controle, prevenção e orientações aos pacientes e familiares (MUZY et al., 2021). No caso da complicação denominada pé diabético, que é o surgimento de ferimentos nos pés dos pacientes, precursores de muitas indicações de amputações, a atenção a este cuidado é imprescindível para evitar o desfecho cruel da amputação.

A presença de neuropatia diabética, patologia que diminui significativamente a sensibilidade da pele no DM, associada à deformidade no pé e à amputação prévia de dedos aumenta em 32 vezes a chance de o portador de DM desenvolver uma ulceração em um dos pés. Essa, por sua vez, é causa importante de complicações locais que levam à indicação de amputação (CORREIA et al., 2022). Estudos mostram a maior incidência de amputações por DM ocorrendo na população masculina (CORREIA et al., 2022; SOUZA, 2022), especialmente na faixa etária maior ou igual a 60 anos. Dos portadores de DM amputados, 70% morrem dentro de cinco anos após as cirurgias, demonstrando menor expectativa de vida após o procedimento com relação à média geral da população (SILVA et al., 2021).

Estudos sobre DM e amputações de membros inferiores (MUZY et al., 2021; SANTOS et al., 2018) salientam a relevância da doença como problema de saúde pública em uma população, cujo aumento de expectativa de vida e risco da obesidade participam significativamente no incremento de incidência e prevalência da doença, e conseqüentemente de suas complicações. Dados públicos mostram que em 2020 o DM foi responsável por 43 amputações diariamente (BRASIL, 2020).

2.1.2 Tratamento

Após o diagnóstico correto da doença é fundamental a conscientização do paciente para mudanças nos hábitos, especialmente na dieta com redução de carboidratos e gorduras, incremento de ingestão de frutas, verduras e legumes. Além disso, a perda de peso é essencial, pois a obesidade é um dos fatores que levam à dificuldade de ação da insulina no controle da glicemia. Nos pacientes portadores de DM-2 e com critérios de baixo risco cardiovascular, o medicamento oral Metformina pode ser utilizado, associado a essas medidas de mudanças de hábitos (MARTINS et al., 2020).

A metformina atua como hipoglicemiante, ou seja, atua em mecanismos para diminuição do nível de glicose sanguínea. Muitos casos necessitam da administração de insulina, tal medicação é usada de maneira recorrente como terapia para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1), sendo inclusa como suporte nos esquemas de medicações orais para casos de controle dificultado da glicemia (MARTINS et al., 2020).

A DM é uma doença crônica, cujo tratamento requer mudanças no estilo de vida, como dietas, exercícios físicos, modificações nos hábitos de ingestão alcoólica, adesão ao uso de medicamentos. Além disso, o tratamento requer controle médico, acompanhamento adequado e contínuo com especial atenção nas lesões da pele, principalmente em pés (PEDRAS; CARVALHO; PEREIRA, 2016). O uso de medicações orais, insulina e controle rotineiro da glicemia também são fundamentais para evitar as alterações da doença e suas conseqüências mais graves, como a cegueira, falência renal com indicação de hemodiálise, amputações e morte (MARTINS et al., 2020).

A dieta adequada e a utilização de medicamentos são prescritas, mas a sua incorporação na vida do paciente é complicada. Além da ideia de substituição de açúcar por adoçantes, exige a restrição de carboidratos e gorduras nas suas mais diversas formas: massas, farinhas, biscoitos, batatas. Ademais, devemos promover a associação das refeições em comum com sociabilidade (ASSUMPÇÃO et al., 2022). Tal aspecto se torna relevante pelo fato de, culturalmente, os hábitos alimentares em comum serem festivos e trazerem o prazer de estar com a família. Ou seja, comer a mesma comida que a família é prazeroso e traz o pertencimento. A comida do diabético é dieta, e dieta tem conotação negativa na nossa cultura.

Somos uma cultura rica em alimentos com carboidratos, sendo geralmente saborosos e atrativos ao olhar. As sobremesas doces são encerramentos prazerosos de refeições. Comidas ricas em carboidratos e gorduras são aparentemente mais prazerosas ao paladar brasileiro. E a disponibilidade de alimentos prontos ricos em carboidratos é abundante, além de frequentemente terem custo mais baixo, como por exemplo, macarrão e biscoitos. A aquisição de grandes volumes de alimentos desta natureza é menos onerosa que outras opções alimentares que seriam mais saudáveis, resultando em um menor gasto financeiro. Usualmente, seu preparo é também mais facilitado. Obedecer a um cardápio rico em verduras, legumes e proteínas adequadas, com baixas calorias, uso de substitutos menos calóricos e com baixo teor de carboidratos é mais trabalhoso e mais caro (JUSTO; FERREIRA, 2019).

Por outro lado, tendo em vista o tratamento medicamentoso, observa-se que as medicações possuem seu custo, requerem adesão, cumprimento de horários e dosagens. O uso de insulina, mesmo se fornecida gratuitamente, traz consigo a dor da injeção. Ademais, considerado um mito em torno do processo de adoecimento e terapêutica da diabetes, alguns pacientes julgam que apenas o ajuste da dosagem da insulina significa um “passe livre” para ingerir todos os tipos de alimentos sem qualquer preocupação com a dieta prescrita. Existem valores pré-determinados para uso injetável da insulina, tendo em vista o nível glicêmico. Muitos portadores da doença possuem em sua residência um pequeno aparelho, conhecido como glicômetro, que utiliza fitas, cuja cor em contato com uma pequena gota de sangue indicará se deve aumentar a insulina. Enganosamente julgam que ajustar o medicamento significa maior liberdade na dieta, sendo esse aspecto frequentemente encontrado em nossa prática profissional.

Diante disso, seja pela sua não aderência aos medicamentos ou à dieta, o paciente ao longo do tempo desenvolverá as complicações relacionadas ao aumento constante do nível glicêmico. O desajuste persistente poderá levar o portador da DM a desenvolver complicações em todos sistemas corporais, em maior ou menor intensidade, de acordo com cada organismo.

2.1.3 Complicações

Aguiar, Vilela e Bouskela (2007) relataram em seus estudos as alterações da microcirculação (microangiopatias) consequente ao quadro sustentado de aumento da glicemia no sangue. Observou-se neste estudo que o diabetes mellitus (DM) é a principal causa de cegueira, doença renal terminal e amputação de membros na população norte-americana. Muzy et al. (2021) também se referem a estas complicações no Brasil e sua importante relação com o DM. A principal explicação para essas complicações está no fato de o revestimento interno dos pequenos vasos sanguíneos ser composto de células chamadas endoteliais, carentes dos mecanismos necessários para reduzir o aumento de glicose intracelular. Essas células possuem elementos que normalmente respondem às necessidades do oxigênio dos tecidos componentes dos órgãos, dilatando os vasos para maior aporte sanguíneo e consequente maior fornecimento de oxigênio. As alterações por esse excesso de glicose constante danificam os tecidos pela falta do oxigênio, lesando inicialmente pequenas células componentes destes microvasos e ao longo do tempo maiores áreas de tecidos e órgãos são danificadas. Também afetam negativamente a atividade de outros elementos protetores contra agressões químicas.

Dessas microalterações derivam as alterações circulatórias renais, prejudicando a filtração do sangue; problemas na nutrição dos nervos por meio destes vasos e consequentes alterações de sensibilidade, que por sua vez, afetam a defesa frente a traumas na pele ou formigamentos quando movimentos de membros; além de alterações nos vasos e nervos que nutrem coração e encéfalo. Ou seja, todo o corpo possui microcirculação, portanto, todo o corpo sofre (AMARAL JR et al., 2014; AGUIAR; VILELA; BOUSKELA, 2007).

As alterações renais podem levar à insuficiência renal e consequente necessidade de hemodiálise e/ou transplante renal; as dos vasos cardíacos levam a

infarto do miocárdio; as da circulação do encéfalo levam aos acidentes vasculares cerebrais (AVC); as dos vasos para a retina e para o nervo óptico causam descolamento da retina e/ou cegueira progressiva. São as microangiopatias das bainhas dos nervos, frequentemente associadas à circulação para a pele, que geram as úlceras (feridas) cutâneas, o pé diabético e as complicações com infecções de pele, chegando até à necessidade de amputação ou cirurgias para tratamento de feridas complexas (AMARAL et al., 2014; AGUIAR; VILELA; BOUSKELA, 2007).

Nesse quadro de problemas circulatórios, o fluxo sanguíneo de nutrientes, anticorpos e das células de defesa para o organismo fica prejudicado significativamente. Isso colabora para a baixa imunidade dos pacientes diabéticos, com tendência a desenvolver infecções mais graves e septicemia (disseminação de bactérias ou de suas toxinas pelo sangue do paciente a todo o corpo), podendo levar a óbito. As indicações de amputações de membros inferiores nos pacientes portadores de DM são para evitar a septicemia, pois a baixa oxigenação em um local do membro causa a morte tecidual, sendo fonte de infecção por bactérias e a baixa defesa do organismo pela baixa imunidade eleva o risco de septicemia e consequente óbito (SOUZA; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2019; AMARAL et al., 2014).

Desta forma, intervir na evolução do aumento da glicemia capilar para impedir quadros graves mostra-se essencial, e quando não é possível tem como consequência a persistência dos valores glicêmicos elevados. Nesse quadro, o resultado potencial é a morte. No entanto, para evitar essa complicação maior em diversos casos utiliza-se a amputação como procedimento para evitar o óbito do paciente, após avaliação e decisão médica. É uma forma radical, mas é a única solução para “cortar o mal pela raiz”, traduzida no ato de retirar esta parte já sem vida, em decorrência das complicações da elevação da glicemia em um corpo doente.

2.1.4 A amputação

Amputação é um procedimento cirúrgico considerado por alguns como a cirurgia mais antiga descrita, havendo relatos desde a antiguidade clássica, com foco histórico na habilidade do cirurgião da era pré-anestésica. É um procedimento que mais frequentemente envolve a retirada parcial ou total de um membro corporal, envolvendo desde a pele até o osso. As amputações podem estar relacionadas a

complicações de diabetes, doenças vasculares periféricas, traumas (acidentais ou não) e causas oncológicas (MATOS; NAVES; ARAUJO, 2020).

O Ministério da Saúde, por meio do protocolo de diretrizes de atenção à pessoa amputada, refere que amputação é “a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças” (BRASIL, 2013, p. 06). Salienta-se que o procedimento deve ser sempre encarado dentro de um contexto geral de tratamento e cujo intuito é promover melhora da qualidade de vida do paciente. Segundo Reis et al. (2012), a palavra é derivada do latim tendo o significado de *ambi* = ao redor de/em torno de e *putatio* = podar/retirar. Neste sentido, o estudo mostra os pacientes relacionando o termo a terror, derrota e mutilação, por não possuírem um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto. Portanto, ampliam o negativismo com relação ao procedimento.

As principais etiologias relacionadas às amputações podem ser de caráter vascular, traumáticas, neuropáticas, tumorais, infecciosas e congênitas (CARVALHO, et al 2020). As principais causas de amputações seriam os traumas relacionados a acidentes de trânsito e de trabalho, moléstias tropicais, doença ateroscleróticas e ao diabetes (CHINI; BOEMER, 2007).

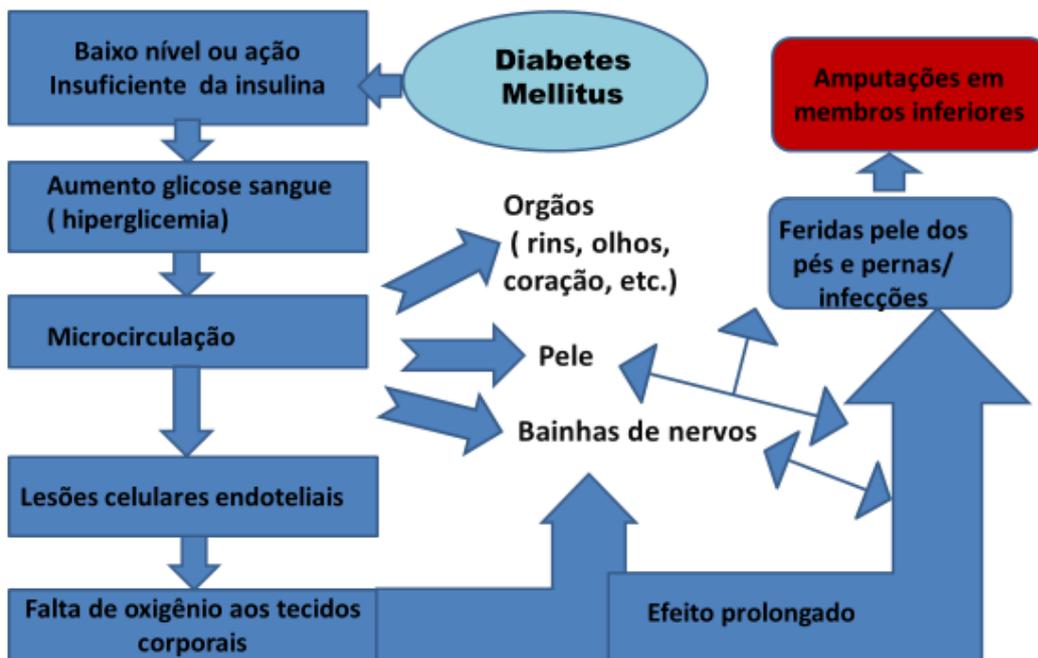
De acordo com Umburanas et al. (2003), as vasculopatias periféricas constituem uma causa importante de amputações e acometem em maior número pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais, sendo os membros inferiores os mais comprometidos. O DM é causa frequente de vasculopatia periférica.

A amputação pode ser o único recurso para um membro gravemente acometido por uma infecção, um traumatismo ou até mesmo em um estágio final de isquemia. Tem por objetivos imediatos o alívio da dor, a remoção do tecido morto ou doente, pela execução de uma cirurgia que permita a cicatrização da ferida e a preparação de um coto provisório (REIS et al., 2012). Estudo realizado na cidade de Porto Alegre/RS por Montiel, Vargas e Leal (2012), objetivando caracterizar o perfil de amputados de uma rede hospitalar pública, observou que a frequência de amputações no sexo masculino é preocupantemente crescente. Verificou-se a predominância de homens nas amputações tanto de ordem clínica (68,90%) quanto traumática (70,0%) do total dessas cirurgias. Em relação à faixa etária, as amputações acometem pacientes diabéticos, principalmente acima de 60 anos e tende a aumentar com o envelhecimento.

Em Custódio et al. (2020), observa-se que existe neste tipo de cirurgia uma maior incidência das amputações em membros inferiores, sendo estas relacionadas com doenças, em especial diabetes, e particularmente na população mais idosa. Demonstra-se que paciente diabético possui de 15 a 30 vezes a chance de ser amputado quando comparado à população em geral, além do mais, os diabéticos correspondem a 70% das cirurgias de amputação realizadas pelo SUS (SANTOS et al., 2018).

Do ponto de vista da evolução, desde as etapas iniciais do desenvolvimento da doença DM até a amputação do membro inferior afetado, total ou parcialmente, pelas complicações da doença, podemos resumir no fluxo da figura 1.

Figura 1 – Etapas de desenvolvimento das alterações pelo DM nos membros amputados.



Fonte: Elaboração Própria, 2021.

O aumento da expectativa de vida da população e da incidência de obesidade está frequentemente associada ao diabetes mellitus. Haverá uma população mais sujeita a alterações de saúde que preencham os critérios médicos para amputações (SILVA et al., 2021). O mesmo raciocínio aplica-se às complicações de diversas condições em saúde devido as alterações vasculares em doenças crônicas degenerativas.

Previsões sobre o surgimento dos novos casos de DM, publicadas recentemente, demonstram que grande parcela da população deverá ser atendida tanto por recursos públicos quanto privados. São pacientes que necessitam de cuidados especiais, apoio psicossocial, acessibilidade e recursos para transporte, escolarização e reinserção social (GOMES et al., 2021), em função das complicações da doença, além dos problemas biomédicos. Também apresentarão dificuldades para trabalho, perdendo sua capacidade laboral e a de obtenção de renda para si e sua família, sendo frequentemente beneficiários da Previdência social, seja como aposentados ou inclusos do programa de Reabilitação profissional (BRASIL, 1999), havendo também os do benefício de assistência social (BPC). As próteses para substituição funcional do segmento amputado apresentam alto custo para o paciente, necessitando então, de ajuda pública para custeio.

As questões de incidência, diagnóstico, tempo de recuperação, impacto econômico são quantificáveis para os pacientes e gestores em saúde (CARVALHO et al., 2020), mas há um componente subjetivo e individual, cuja análise e percepção não são quantificáveis facilmente: a percepção individual de tornar-se deficiente físico após uma amputação. Estudar a percepção se dá somente quando ampliamos nosso conceito de corpo para além do anatômico e da visão biomédica do amputado. Nesta visão temos uma causa, um procedimento cirúrgico e uma consequência, aqui reconhecida como a perda de uma parte de um componente anatômico corporal.

Analisando a amputação sob uma ótica ampliada, observando o corpo do ponto de vista do Território, percebe-se então uma experiência diversa da funcionalidade anatômica ou do segmento perdido. Conforme Chini e Boemer (2007, p.335), “perder uma parte do corpo é ter alterada toda uma existência, é viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir”. Tal assertiva demonstra as percepções dos amputados sob uma ótica fenomenológica, por outro lado, pode-se utilizar discussões sobre as percepções destes pacientes amputados sob a ótica da perda de poder e técnicas corporais.

2.2 O CORPO E AS TÉCNICAS DO CORPO

Em seu livro *Sociologia e antropologia*, Mauss (2003) já estudava em sua primeira edição de 1950 as relações do corpo, comportamentos e sociedade. O autor

afirma, em seu capítulo sobre as técnicas do corpo, “[...] é evidente, sobretudo para nós, que nunca houve ser humano que não tenha tido o senso, não apenas de seu corpo, mas também de sua individualidade espiritual e corporal ao mesmo tempo.” (MAUSS, 2003, p. 371).

De acordo com Mauss (2003), o corpo e suas relações formariam o “EU”. A maneira como o homem se serve do seu corpo seriam as chamadas técnicas do corpo. As formas de andar, mover, realizar atividades se diferem entre grupos de pessoas, países e até épocas vividas, caracterizando aqueles que atuam da mesma forma, se identificam, se unem, são marcantes como identificação.

As técnicas desenvolvem nos grupos os chamados hábitos, maneirismos ou atividades que “educam” pelo exemplo cada indivíduo, e este se insere em determinado grupo, em determinada posição, com determinado poder. Os hábitos e maneirismos desenvolvidos pelas técnicas corporais são imitados desde o nascimento, e geram um poder específico no indivíduo que os realiza. Por meio dessas técnicas se conquista uma posição dentro do grupo social. Uma técnica do corpo será algo tradicional e eficaz, trazendo um resultado satisfatório biológico ou psicológico (MAUSS, 2003).

As técnicas do corpo variam com sexo, idade, posição econômica e são transmitidas. Existem as do nascimento, do desmame, do aprendizado inicial da infância, as da fase adulta, havendo várias para os momentos de alimentação, repouso, sono, trabalho, movimentos, conquistas, lutas, cuidados com o corpo. São aprendidas ao longo da vida, de forma inconsciente ou consciente, por observação e/ou educação, com as diversas finalidades de suprir necessidades básicas, melhorar a vida, produzir, se relacionar, conquistar e ocupar espaços e territórios, construir sociedades, dominar, liderar. Ainda segundo Mauss (2003, p. 407), o corpo é o agente de ação do homem, “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo”.

Fundamental para a formação de uma sociedade, o indivíduo por meio de seu corpo age e se posiciona na mesma. Le Breton, no seu livro “A sociologia do corpo” (2007), aprofunda estas reflexões, analisando o corpo como elemento receptivo e executivo, construindo a relação com o mundo do indivíduo, percebendo, transmitindo, sentindo, ritualizando. A “existência é corporal”, pois, para o autor, as vivências são

entendidas e apropriadas por meio do corpo; as transformações e constituições familiares e sociais se dão por meio do corpo, por suas extensões. Todos esses processos se concretizam pelas técnicas do corpo.

A criança nasce e aos poucos é educada, adaptada às formas de vivência de seus grupos. Para se adaptar deve aprender modulações dos gestos, posturas e vivências. Ou seja, aprende as técnicas do corpo apropriadas para sua sociedade e sua posição na mesma. Isso é feito por observar os demais de seu ambiente, por meio de outros, pelos mecanismos de educação, seja via regras de etiqueta, na escola ou por exemplos guiados para determinadas funções e também influenciadas pelas ambições sociais do indivíduo. Os desejos profissionais, de sucesso, de seguir um exemplo, de conquistar um bem ou posição social são presentes ao longo de toda a existência individual. A distinção de líder ou não, de pertencer ou não, são construídas pelas manifestações do corpo e por meio da sua interpretação social (MAUSS, 2003; LE BRETON, 2007).

Le Breton (2007) destaca que Freud em seus estudos trouxe as ideias de maleabilidade do corpo, permitindo então a ideia de corporeidade socialmente construída. Essa maleabilidade é importante, pois seriam as formas de adaptação pelas regras sociais, imitadas ou aprendidas, permitindo sermos civilizados. A ideia do que se faz em público ou privado, atos de dominância ou de intimidade, são moldados ao longo do tempo e transmitidos pelas ações do corpo.

É possível realizar a mudança do corpo em épocas, locais e sociedades diferentes, de acordo com objetivo almejado pelas pessoas. Nuances das técnicas aprendidas ou imitadas são parte desta mudança. No corpo estão a identidade, a individualidade, as capacidades e o potencial de agir, de relacionar e de crescer. Modernamente, desde antes do nascer, a mãe já pode visualizar detalhes do corpo do filho pela tecnologia de ultrassom. No nascimento se apresenta um ambiente de família com ações a serem imitadas ou desenvolvidas. O desenvolvimento ocorre inicialmente com aspectos surgidos por meio dos desejos de cada um, porém aprendidos e guiados pelo núcleo de convivência, inicialmente familiar. Aos poucos há o contato com outros lugares, com outras relações. A postura adequada a esses lugares ou relações precisará ser aprendida sob o risco de estar inadequado. Os desejos construirão o futuro, com o corpo se comportando, respondendo às necessidades destas relações. Para cada época da vida, o corpo é a imagem do ser,

é a representação de “Eu”. Por meio do corpo se reconhece o indivíduo (MAUSS, 2003; LE BRETON, 2007).

Além da anatomia corporal, os desejos e anseios são forças que moldam o corpo, transformando-o via gestos e posturas, adequando-o ao ambiente ou status escolhido, com o objetivo de atingir outro contexto social desejado. O corpo é o protagonista dentro de uma sociedade, desempenhando um papel além da fisiologia básica, pois utiliza sua anatomia para integrar o seu funcionamento ao comportamento desejado. Por exemplo, a outrora criança se torna adulto, amanhã idoso e em cada tempo terá uma imagem, resultado desta evolução das técnicas do corpo associada às transformações materiais da anatomia individual. Esse processo de relações, descrito por Mauss (2003) e Le Breton (2007), conecta o corpo com o ambiente e sociedade, exigindo assim, fluxos de relações entre as estruturas biológicas próprias corporais e a sociedade. São as relações do corpo com o seu território.

2.3 TERRITORIALIZAÇÃO, DESTERRITORIALIZAÇÃO E O CORPO

As ações do corpo formam a individualidade, mas com finalidade de interação na sociedade (LE BRETON, 2007). Estas ações conquistam posições, adquirem capacidades e funcionalidade social. Com isso, se ampliam as relações do indivíduo com a sociedade em que vive. O corpo então conquista espaços e status, posicionando-o em uma classe social, uma profissão, em papéis na sua família, ou seja, estabelece relações. Estas são mais ou menos complexas. Haesbaert e Bruce (2009) conceituam os processos da territorialização e desterritorialização como processos de multiplicidades rizomáticas. O presente termo que conceitua estas com relações múltiplas, coexistentes e até mesmo complementares, tais como raízes nas plantas, cujas unidades podem atingir múltiplos caminhos, mas sempre produzem em sua conclusão o indivíduo ou um todo.

Um território possui em seus componentes os corpos, com suas relações, seus scripts aprendidos ou criados. Os territórios são construídos por corpos, vão além do espaço físico e entram na esfera psicológica. A construção do território se faria por agenciamentos, estes inicialmente dos espaços e conteúdo, podendo ser os

maquínicos¹ (ou do corpo), pelos quais se estabelecem os conteúdos do território. Além desses, pode-se ter enunciamentos de enunciação, estes são relacionados às questões sociais, uso de palavras, símbolos, linguagem e outros (HAESBAERT; BRUCE, 2009).

Os maquínicos são as necessidades (as ações) que fazem a “máquina social” funcionar. Esta máquina social são os diversos eventos, posturas, realizações, que em conjunto, fazem a sociedade funcionar. Para um determinado objetivo ou sistema social há uma sequência de eventos determinados, funcionando como uma máquina integrada para uma determinada função. Esta “máquina” funciona por meio de ações dos elementos desta sociedade. E ações sociais são ações do corpo. Portanto, Haesbaert e Bruce (2009) demonstram que o corpo está presente para ocupar e agir demarcando um determinado território, mas as técnicas do corpo são as que trazem os aspectos da socialização.

No cotidiano, verificamos o indivíduo podendo “viver” em territórios diversos: na sua casa, seu corpo e suas relações assume um determinado aspecto social e necessita de técnicas diferentes das do ambiente de trabalho, da escola ou no lazer. Essa é uma visão descrita por Haesbaert, que exemplifica a dinâmica da territorialização, observando determinados aspectos da sociedade, como por exemplo, o desejo de se capacitar para uma determinada profissão: o filho, que na casa dos pais possui uma postura submissa, ao se graduar, terá o desejo de assumir outro território que não sua casa, mas o do exercício de sua profissão. Então, no trabalho ele se desterritorializa do território lar, e se reterritorializa no território trabalho/profissão, mas sem que uma relação exclua totalmente a outra.

Na hipótese deste indivíduo desejar formar sua própria família ou apenas sair do território lar, haverá uma desterritorialização de sua casa de origem e suas relações, mas sem abandonar a sua posição de filho. Ao residir em outro lar, não mais estará sob o poder paterno/materno em muitas relações cotidianas. Terá que desenvolver técnicas de cuidado consigo, assumindo responsabilidades econômicas, documentais e outras de sua nova moradia, seu novo lar. Ao desejar formar nova família, talvez resultado de técnicas de sedução (aqui mais uma vez aprendizados corporais, movidos por desejos sentimentais), conquista outro status, o de ser um

¹ É o conceito que Deleuze e Guattari propõem para repensar a subjetividade humana através de sínteses que ele opera. O que é o inconsciente para Deleuze e Guattari? Ele é uma máquina! Ele é literalmente maquínico!

provedor de núcleo familiar com indivíduos diferentes do núcleo de sua origem. Neste exemplo, encontramos aqui as técnicas do corpo vistas por Mauss (2003) e revistas em Le Breton (2007), que serão aprendidas e utilizadas para o desempenho de seu papel.

Movido por desejos, o filho/provedor pode almejar o poder de chefia no território trabalho/profissão, adquirindo novas técnicas e saberes por meio de seu corpo e rituais de chefia, novamente se territorializando em posição de destaque. Esta posição pode trazer uma mudança econômica, uma renda maior. E com essa nova territorialização terá um outro status nas suas relações sociais no trabalho, no lar, outras formas de lazer, novo círculo de amizades.

Em sua análise, mais do que uma ideia de ambiguidade de ações e sentimentos, Haesbaert (2009) demonstra que os conceitos de desterritorialização e reterritorialização são complementares, dinâmicos e não excludentes. O social se desenvolve desta forma: não se abandona completamente um aprendizado, mas este é modificado ou adaptado, podendo ser novamente utilizado em alguma situação necessária. No corpo, por exemplo, vemos que o bebê aprende a engatinhar para depois andar sobre suas duas pernas. Mas, o adulto pode engatinhar se necessário, não esquecendo essa técnica infantil.

Os desejos e ambições estabelecem uma dinâmica em que se constroem as diversas sociedades. E um dos aspectos na formação de sociedades é a similaridade entre indivíduos, formadores de grupos. Parecer líder, ser semelhante aos de mesma nacionalidade, mesma profissão ou status almejados é um trunfo para o sucesso. Trazendo essas reflexões para os autores Mauss (2003) e Le Breton (2007), podemos então reforçar a importância do desenvolvimento das técnicas do corpo para as formações de territórios, verificando como o corpo é o veículo para cada indivíduo se posicionar dentro destas relações territoriais, por meio dos desafios de seu desenvolvimento como peça-chave no agenciamento.

O agenciamento seria para o corpo a utilização dos mecanismos necessários para um determinado objetivo. Os desejos de um indivíduo serão realizados socialmente por meio do domínio das técnicas do corpo, agenciando os sistemas e posturas necessários para este objetivo. O corpo é o veículo para realização de suas vontades e de suas ambições. As técnicas que o tornam adequado ao seu meio o tornarão bem-sucedido. O corpo então reproduz materialmente a vontade de um

indivíduo. O aprendizado das técnicas aprimora essas formas de se manifestar.

O corpo deve ser visto como um território formado por vários miniterritórios de relações anatômicas e fisiológicas, como aprendido em ciências biológicas durante nossa educação, em especial, na medicina. Várias atividades humanas são mais específicas de um ou outro sistema: o andar pertence aos membros inferiores, mas terá que ter relações com os sistemas circulatórios para se manter vivo, bem como com o sistema respiratório. E são controladas pelo sistema nervoso. Ou seja, materialmente específicos como sistemas diferentes, estes territórios se tornam um conjunto, cujas funções interagem ou se separam, de acordo com a necessidade ou a forma como são analisadas as diversas performances do indivíduo.

A altivez social de um nobre é aprendida dominando as técnicas de postura ereta, semblante sereno e firme, discurso de liderança e sabedoria. São treinos de grupos musculares diversos, concentração e aprendizado de linguagem e significados de palavras utilizando partes do cérebro e do aparelho vocal, seja por treinamento do próprio corpo, aprendizado por imitação ou por um tutor/professor para essas habilidades (MAUSS, 2003; LE BRETON, 2007).

Cada sistema corporal possui sua tendência de resposta anatômica e fisiológica, que precisa de certa disciplina e relações para desempenhar o seu papel da forma como socialmente desejável. Então, se estabelece um domínio de partes corporais, que são territórios diversos, unidos em um corpo, com uma identidade, que cresce e se desenvolve a partir de seu nascimento, construindo-se como indivíduo e atingindo uma determinada posição, em um determinado meio social, em uma determinada época (LE BRETON, 2007; 2013).

A criança possui as suas técnicas e relações, diferentes do adulto. E este almeja determinada posição social, ou se acomoda em determinada posição. Independentemente de sua escolha, o corpo físico e o corpo social, habitando o mesmo indivíduo, possuem modelos de “normalidade” na posição que quer ocupar. Para deixar a fase criança o corpo se desterritorializa de algumas técnicas e posturas, se reterritorializando nos moldes sociais adultos (MAUSS, 2003). E isto ocorre sem que um anule o outro, ao contrário, um é base e o outro é uma tendência a poder galgar novas posições, novos territórios. E a anatomia do corpo também possui modificações espaciais, como por exemplo, aumentando o seu tamanho, sendo perceptíveis tais mudanças pela mudança de roupas, sapatos, estatura, maturidade

sexual, que por sua vez, traz atributos de conquista tanto de capacidade de prole quanto até o poder de sedução, sendo este, um elemento poderoso na sociedade.

A beleza também pode ser conquistada ou aprendida, seja por técnicas de cuidado ou até invasivas, sendo uma conquista importante em muitas profissões almeçadas socialmente. Portanto, a dinâmica descrita na análise de Haesbaert (2009) se observa também no corpo, até mesmo em nível de DNA: tendências de técnicas ou de comportamentos podem estar já imprimidas em nosso código genético. A anatomia mais favorável para atletas em esportes específicos é um exemplo disso.

O corpo visto como um espaço de atuação e exercício das técnicas tem um alcance limitado por suas próprias características físicas. Estes limites nos remetem aos limites estabelecidos nos conceitos geográficos de territórios: você sozinho só alcança uma prateleira até determinada altura, por mais que a técnica de esticar braços e coluna somados a ficar na ponta do pé seja perfeita. Sem ajuda de um artefato como degrau ou escada será difícil alcançar seu limite. Este limite seria uma fronteira para essa ação, que necessita de outra ação para ser transposto.

Mas, o corpo é um território que na sua essência é móvel: as articulações e o sistema osteomuscular funcionando nos permite transitar por vários espaços, interferir em espaços por meio de trabalhos, construções feitas com auxílio desta mobilidade. Estas relações são visíveis no cotidiano, analisadas em diversas ciências e detalhadas em especialidades médicas como a ortopedia. Permite-nos visitar outros locais, conhecer e até conquistar outros territórios distantes. A habilidade de caminhar e correr possui papel fundamental nestes aspectos, e a funcionalidade destes eventos está basicamente em possuir adequados membros inferiores. Eles são os responsáveis por nos transportar para todos esses locais e funções que desejamos ou precisamos.

Andar é um aprendizado em que o bebê se desterritorializa do sentado para engatinhar, por meio do desenvolvimento de técnicas corporais, que culminarão em ortostase, ou seja, a capacidade de ficar em pé sustentando o próprio corpo ereto, para então desenvolver as técnicas corporais dos passos, e estas as da corrida. Cada fase é uma conquista de diferentes grupos musculares, territórios dentro de um corpo, cujo comando obedece à vontade e imitação. Engatinhar não se perde, mas não é mais o dominante. Se desterritorializa desta técnica para movimento e se reterritorializa nas técnicas de andar e correr, mas as duas podem se alternar,

dependendo da necessidade. Concomitantes e às vezes necessárias, dependendo do papel a se desenvolver ou ação a se realizar, não se anulam, como descrito por Haesbaert. Um adulto que necessitar engatinhar em um túnel estreito se desterritorializa temporariamente do andar, com concomitante reterritorialização do engatinhar. Ao final do túnel, podendo novamente ficar em pé, se reterritorializa neste momento do andar. E se des-reterritorializará do engatinhar, em um processo de existências concomitantes de técnicas do corpo desenvolvidas desde a infância. As ações do corpo formam este território psicológico das atividades do corpo, conforme Haesbert (2009).

O adulto é o resultado da evolução das técnicas de seu corpo, sendo representado pelo seu corpo, que ocupa um espaço, faz seu espaço e posição social. Ele se relaciona, se estabelece como um “Eu” muito particular, ambigualmente único e ao mesmo tempo sendo semelhante ao seu contexto social. Seus rituais são adequados à sua convivência social. A presença de uma doença o torna diferente, talvez com menor valor. Uma doença que não se cura como o DM, será presença marcante e alterará para sempre os seus rituais e técnicas.

As refeições são desde a infância desafios das técnicas corporais. A conquista do território boca-seio estabelece uma relação de territorialidade alimentar para o bebê (HAESBAERT, 2009). A criança desenvolve técnicas para se alimentar, baseada em sua cultura, em sua convivência, sendo aos poucos inserida nas refeições com adultos, momentos considerados prazerosos (JUSTO; FERREIRA, 2019). Este aprendizado de anos terá modificações importantes ao se descobrir diabético, pois a alimentação deverá ser diferente daquela que foi construída durante o processo cultural histórico pessoal do hábito alimentar. Será restrita, regrada, com diversas mudanças, inclusive de volumes, horários e sabores. Esta norma de controle baseada em conceitos científicos é prova de uma fragilidade deste corpo, marcante na sua socialização, desafiadora dos seus desejos e limites.

Tendo em vista a condição mencionada, os hábitos alimentares brasileiros, as restrições da dieta para o DM podem significar uma tortura, um limitador de compartilhamento de hábitos familiares e até festivos. Cabe ao indivíduo aprender a dominar seu corpo e seus desejos, se diferenciando dos demais por ser um corpo diferente, agora “frágil”, que não possui o controle sobre algo aparentemente simples como o açúcar no sangue. É uma mistura entre as relações Foucaultianas de poder

sobre si mesmo, e um novo aprendizado e posicionamento como descrito em Le Breton (2007). A relação com o açúcar e calorias foram limitadas pelo corpo, com limites autodefinidos para o metabolismo e ao mesmo tempo por uma dieta limitada pelos conceitos e orientações biomédicas. Sem a restrição da dieta, o remédio, que é considerado um recurso externo, não possui funcionalidade, tendo em vista que a doença definiu limites ao corpo.

A consequência desse corpo sem controle adequado é um comportamento autodestrutivo por seu metabolismo, inicialmente microscópico, e que no amputado se torna visível, pois houve a perda de uma parte corporal, um pequeno território do indivíduo que se relaciona com o externo. Essa perda o torna “corpo deficiente” (LE BRETON, 2007). Se antes as microalterações eram invisíveis, e se poderia esconder a fragilidade nas relações não envolvendo refeições socializadas, agora o corpo demonstra a falta de uma parte, uma cicatriz, uma perda! Desterritorializado de seu andar “normal”, uma amputação em membro inferior o torna menos relacionável, menos produtivo, com menos territorialidades em comum com seu meio social. Deverá também adquirir novas habilidades corporais para se locomover, se alimentar com outros tipo nutricionais, exigindo mudanças não só de técnicas corporais, mas de seus desejos. Seu território e territorialidades de outrora foram reduzidos, modificados e parcialmente perdidos. Novas técnicas deverão ser incorporadas, algumas foram perdidas e uma vigilância com relação ao açúcar sanguíneo (glicemia) será rotina a ser obedecida.

É um corpo agora deficiente, tanto no aspecto visível, quanto no aspecto metabólico. É um corpo com limites estabelecidos por si: seu descontrole pode levar a muitas complicações anatomofisiológicas destrutivas, afetando todos os miniterritórios orgânicos chamados de sistemas, colocando em risco sua própria vida (MUZY et al., 2021). A doença o leva a ter que mudar suas relações sociais e até a abandonar hábitos enraizados, identificados com sua própria cultura. Prisioneiro de uma deficiência para metabolizar seus alimentos, tem na limitação de sua locomoção pela amputação uma prisão que é porta-voz de sua inferioridade como um corpo doente. O seu território corporal para sempre foi modificado.

2.4 O CORPO-TERRITÓRIO

O corpo-território, como descrito por Miranda (2018), possui um significado e uma significância para os indivíduos. O corpo é para o indivíduo o resultado de suas vivências, das experiências de contato com outros desde o nascimento, é a sua imagem e permite seu desempenho no trabalho, em casa. Carrega materialmente suas representações e influências, seu poder tanto em seu posicionamento social quanto a sua mobilidade, força física e moral, é veículo para os seus relacionamentos. É entendido como um território do indivíduo, por meio do qual recebe e exerce sobre outras pessoas as suas experiências, aqui entendidas como territorialidades.

Mauss (2003) descreve o corpo e suas possibilidades, do ponto de vista sociológico, como processos que revelam as diversas nuances e possibilidades corporais, possuindo relação com sua individualidade e o seu papel social. Dessa forma, o corpo amputado está desterritorializado parcialmente, necessitando de uma reterritorialização impactante para o indivíduo, em face de visão social e individual de limitação, perda de poder e dependência. Analisando por meio dos conceitos de Haesbaert (2009), vemos a necessidade de reterritorialização ao seu meio social, mas com nova relação social para auxiliar na sua locomoção. A mobilidade corporal agora encontra-se dificultada, pois houve perda de membros inferiores. Essa nova adaptação ou reterritorialização pode estar relacionada a outras relações com novos indivíduos, como cuidadores, ou a objetos/artefatos adaptativos, como as próteses, muletas ou cadeiras de rodas.

Todas estas “ajudas” são simbolicamente vistas como disruptores da autonomia do corpo-território, mostrando o indivíduo dependente. Também são elementos que irão necessitar de adaptações multiterritoriais, pois a convivência com os mesmos deverá ser incorporada de alguma forma, requerendo outro treinamento, outra forma de relações. Só assim o amputado terá sucesso na inserção destas “ajudas” no contexto social e para o desenvolvimento de autonomia em sua sociedade. Aceitar os mecanismos de adaptação à sua nova situação não é tarefa fácil, nem estava programada na construção social do indivíduo.

Silva et al. (2013) nos trazem as ideias de Paul Claval como Geógrafo cultural ressaltando o papel do corpo na experiência humana e suas variabilidades na estruturação geográfica e diferenças de acordo com gênero e idade. Seu trabalho

contribui com estes aspectos nas análises culturais. Esta visão também é relatada por Seamon (2013), sendo o corpo protagonista nas construções sociais. A deficiência física e a amputação, especialmente no contexto de uma doença, trazem dependência, perda de um território antes conhecido, contendo uma movimentação e relações próprias e mais amplas, construídas ao longo de uma vida. Após a cirurgia, uma drástica mudança ocorre neste corpo. Se apenas tivermos a visão biomédica, em que a própria amputação é a conclusão de um processo cirúrgico sendo indicado para evitar complicações maiores ou como recurso terminal para salvar a vida de um paciente, não englobaremos todo o contexto deste indivíduo.

O amputado, ao perder uma parte de seu corpo, perde também parte de sua identidade, muda suas relações em casa, no trabalho, na comunidade e se vê necessitando de uma proximidade maior com o sistema de saúde. A amputação bem-sucedida não cura o diabetes mellitus. A doença estará para sempre em seu corpo, assumindo assim, um protagonismo em suas atividades. A marca física, um estigma gerado pela amputação, se relaciona a este poder destrutivo que a doença possui: o de transformá-lo agora em um deficiente, um status social diverso e que o acompanhará para sempre (SEARA; RODRIGUES; ROCHA, 2013). Dependente e doente, assume outra posição na sociedade, a do corpo deficiente.

Nas análises de Le Breton (2007) e Mauss (2003), vemos que os processos de desenvolvimento das técnicas corporais estão diretamente relacionados à formação do “Eu”, às formas como o indivíduo se adequa ao seu meio, ao papel que deseja desempenhar na sociedade, às suas ambições. Um corpo semelhante aos do seu convívio social irá chamar atenção apenas por suas posturas quando desempenha determinadas situações. O desenvolvimento corporal traz consigo a ideia de socialização, de liberdade, de status. Ser o “Eu” definido por suas vontades é uma forma de dominar o seu corpo. Esse domínio estabelece as suas relações, o seu status.

2.4.1 O poder e o corpo

Para Haesbaert (2020), as análises do corpo e suas relações com o espaço, o biopoder traz uma necessidade de especificação, pois analisar as relações do corpo e dentro do próprio corpo, em cada um de seus componentes, traz diversas

interpretações. Por meio das percepções individuais, podemos com nossos corpos, agir e interferir na formação da sociedade, na manutenção ou não de uma cultura, na construção de relações de domínio ou não.

Inclusa nestas percepções, o autor cita uma noção do comunitário como forma de vida São as ações do corpo e sua sociabilidade para com os formadores de um conceito de vida em comunidade. Por suas diferenças, o amputado, com suas técnicas do corpo perdidas ou modificadas (MAUSS, 2003) participa ou não desta “forma de vida” com maior ou menor poder.

Para Mondardo (2009), o corpo cria relações do homem com o território, constituindo os espaços, as relações entre os grupos humanos e seu território, as formas e práticas dos chamados “sujeitos-corpos”, que constroem e ampliam as relações em um território. É por meio do domínio de seu corpo que o homem trabalha e cria seu território. Agir dominando os corpos dos outros traz a conquista de outros territórios. O mover dos corpos faz com que se possa conquistar e modificar territórios, posições sociais, privilégios de imitar e se inserir como normal em outros grupos sociais.

Ademais, Mondardo (2009) nos traz o conceito de ordenamento. Este seria um processo cujo desenvolvimento ocorre pela movimentação e relações do corpo com os demais ocupantes do território. O corpo do indivíduo é então obediente às necessidades sociais, podendo inclusive ser o dominador. Por meio de suas técnicas, sejam de luta, de imposição, carisma ou simbolismo, o indivíduo se posiciona, conquista e disciplina o social.

Mondardo (2009), analisando por meio do ponto de vista das ideias de Foucault, relata como os espaços são mantidos e construídos, adestrando os corpos para as funções vividas no território. As formas espaciais são adequadas aos corpos e seus relacionamentos. O biopoder se dá neste relacionamento, com os indivíduos podendo assumir controle de corpos, seus ou de outrem, adequando os espaços às finalidades sociais pretendidas.

Mondardo (2009) ressalta essa importância do corpo em seu livro *O Corpo enquanto “primeiro” território de dominação: O biopoder e a sociedade de controle*. A importância corporal merece destaque na construção do biopoder, e cita “o corpo aparece impreterivelmente como primeiro, território a ser dominado/disciplinado/controlado pelo Estado e pelo Mercado” (MONDARDO, 2009,

p 09). Sem o corpo não se constrói o biopoder.

O diabético não tem domínio completo sobre seu corpo, pois necessita restrição alimentar, é diferente dos demais. Ao ser amputado de um membro inferior não mais domina sua locomoção. Mesmo a amputação de um dedo o torna dependente de calçado especial. Se necessita muletas, cadeira de rodas, prótese ou auxílio de outras pessoas, torna-se alguém de menor valor, um dependente ou alguém de status intermediário entre os “normais” (LE BRETON, 2007). O amputado, nesse contexto, gera pena, necessita de cuidados e produz menos. Não sendo um igual, perde a sua usual posição na sociedade. Suscita sentimentos diferentes, entre a igualdade do ponto de vista moral, mas a dependência nas atividades práticas diárias. Se antes cuidava, agora precisa de cuidado, mesmo que seja apenas da relação com profissionais de saúde de maneira mais assídua. E estes estabelecem regras, lógicas pela ciência, mas limitantes muitas vezes de seus desejos. Seu alimento é diferente, seu cuidado com o corpo é diferente, sua locomoção é diferente. Frágil, doente cronicamente e amputado, é um corpo com potencialidades reduzidas.

2.4.2 O corpo deficiente

Em seu livro, *A sociologia do Corpo*, Le Breton (2007) discorre sobre a importância do corpo e seus vários aspectos, demonstrando que a nossa existência está na corporeidade. A identidade, o eu, a socialização com todos os seus conceitos na vida do indivíduo, tudo passa pelo corpo, suas técnicas aprendidas e como são utilizadas. O autor destaca a noção social de que, ao contrário de ter uma deficiência, a sociedade ocidental rotula o indivíduo como “o deficiente”. As deficiências visíveis seriam então as piores nas relações sociais, pois ao adentrar num ambiente ou receber alguém no seu lar, é visto como anormal, portador de um estigma, dependente e menor com relação aos demais considerados “válidos”, aqui com conotação de normais anatomicamente.

O portador de deficiência possui um destaque, mas, com uma conotação negativa: é diferente, suscita emoções diversas e, apesar de ser humano, está em um meio termo no seu papel social. Tem frequentemente vivências ambíguas, estando dentro e fora da sociedade, pela natureza de suas possibilidades de convivência limitada. É anormal, mas igual como humano, não vive pleno, mas não está morto, é

um vivente intermediário, vive dentro e fora da sociedade, despertando olhares, curiosidade e pena. O amputado de membros inferiores faz parte deste grupo de portadores da deficiência visível. É um estigmatizado pela doença (LE BRETON, 2007).

O portador da deficiência visível (a amputação) se torna apreensivo por um risco à sua dignidade humana ao ser visto como dependente e menor, é lembrado de sua condição humana em risco, pelas limitações que uma eventual deficiência pode trazer. E quanto mais visível a deficiência, mais comentários provoca e maior dificuldade em estabelecer seu lugar na sociedade este indivíduo terá. O corpo deficiente visível é claramente transgressor de uma normalidade entre corpos humanos, que devem coexistir sem chamar a atenção.

Mesmo a sua porção menos aparente, a deficiência metabólica provocada pela doença, se torna visível nos momentos de socialização envolvendo refeições. A cultura brasileira é rica em pratos típicos regionalizados, e em sua maioria excessivamente calóricos, gordurosos e repletos de açúcares. O compartilhar desses alimentos com os demais torna-se ato importante e particularmente simbólico quando ocorre durante festividades. Casamentos, aniversários, formaturas, batizados, Natal, Páscoa, dentre outros, são celebrados socialmente com variedades e especificidades de pratos preparados especialmente para essas ocasiões. A alegria da festividade coexiste no compartilhar desses pratos. No contexto da doença são proibitivos ou limitados a pequenas porções. A mesa farta e de comida referida como “boa” não mais será um hábito livre ao diabético amputado. A sua marca física, a amputação, sempre é um lembrete para si e para os outros de que a doença continua a existir. E essa condição dominará para sempre a sua vida, inclusive ditando as regras de convivência social e do funcionamento das diversas funções e partes corporais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as percepções de pacientes com *diabetes mellitus* amputados de membros inferiores sobre seu corpo, com foco no corpo-território e nas relações de poder influenciadas pela deficiência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os pacientes portadores de DM que possuem amputação quanto aos fatores sociodemográficos e de tratamento de saúde;
- Identificar as percepções referentes a perda do membro inferior amputado relacionadas ao seu poder social;
- Identificar a percepção destes indivíduos quanto à sua desterritorialização e reterritorialização, com foco em seu corpo modificado pela amputação.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi um recorte de uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo o parecer nº. 2.503.632, intitulada “CORPO COMO TERRITÓRIO: Representações sociais sobre a amputação”, que realiza a avaliação sobre as representações sociais de amputados por meio de dados obtidos no Hospital Municipal de Governador Valadares (ANEXO B). O presente estudo foi aprovado para realização pela Secretaria de Saúde de Governador Valadares e direção clínica do referido hospital (ANEXOS A, C e D). Este recorte foi um estudo que atende ao objetivo específico da pesquisa, em que pretendeu-se identificar a percepção da amputação entre indivíduos que experimentaram perda de parte do território corporal.

4.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e uso da análise temática. O estudo qualitativo nos permite analisar o comportamento humano pela visão dos indivíduos (MINAYO, 2007). Esse tipo de estudo é importante por trazer os significados observados pelos sujeitos, contribuindo para o entendimento de um fenômeno estudado de forma humanística. Ademais, esse tipo de pesquisa utiliza a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis (MINAYO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde em 1946 como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades, conforme descrito no portal do ministério da saúde (BRASIL, 2021) A pesquisa qualitativa traz informações importantes alinhadas com este conceito, quando busca desvendar os componentes emocionais e sentimentos vividos por doentes atendidos pelos serviços de saúde, contribuindo nos atendimentos e na gestão dos programas públicos.

4.2 UNIVERSO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Governador Valadares, cidade cuja área é 342 km², sendo aproximadamente 58 km² em área urbana, e sua população em 2020, segundo

IBGE (2020), estimada em 281.046 habitantes, posicionando-se como a nona mais populosa do estado mineiro. Os entrevistados foram submetidos à cirurgia de amputação no Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV) e fizeram acompanhamento regular no Centro de Apoio ao Deficiente Físico Doutor Octávio Soares (CADEF) em 2022.

O hospital atende 53 municípios de macrorregião do leste mineiro, somente com atendimentos pelo SUS. A pesquisadora faz parte do corpo clínico, trabalhando na especialidade de cirurgia plástica, atendendo casos de urgência no Pronto socorro e suporte especializado quando convocada por outras especialidades na avaliação e tratamento dos pacientes. O CADEF realiza atendimentos vinculados ao SUS, recebendo pacientes referenciados de serviços básicos e do Hospital Municipal, com abrangência da macrorregião. Há um atendimento específico para controle de feridas e amputados, sendo referência da macrorregião que inclui o leste mineiro.

4.3 AMOSTRA

Na fase inicial da pesquisa foram compilados dados das amputações realizadas no HMGV nos anos de 2015 a 2017, posteriormente ampliado até o ano de 2020, em decorrência das dificuldades apresentadas por um incêndio e vazamento no arquivo do hospital, destruindo muitos prontuários. Buscou-se com essa estratégia levantar dados dos registros de amputações do centro cirúrgico, para em seguida, proceder à seleção de possíveis participantes para a pesquisa.

Com a pandemia por SARS COV-19, as restrições sanitárias criaram dificuldades para as entrevistas, além dos problemas de acesso a prontuários pelas mudanças estruturais do arquivo. Considerando esses aspectos, para nosso estudo, buscamos indivíduos que, após a liberação sanitária, pudessem ser entrevistados com maior segurança. Desta forma, buscamos os dados dos registros de acompanhamento ambulatorial no CADEF, tudo devidamente atualizado junto ao CEP. Os pacientes referenciados ao CADEF pelo HMGV preencheriam os critérios sanitários para a realização da nossa pesquisa, considerando já possuírem liberação da equipe de saúde para socializar e receber visitas. Este aspecto fundamental traria mais segurança sanitária a entrevistador e entrevistado. Essa foi uma preocupação pertinente dada às questões imunológicas relacionadas ao DM.

Dessa forma, a amostra foi composta por sete indivíduos (cinco homens e duas mulheres), todos maiores de 18 anos, portadores de diabetes mellitus e que foram submetidos a algum tipo de amputação em membros inferiores no HMGV. Os indivíduos foram sorteados de maneira aleatória, de acordo com o registro de prontuário existente no HMGV. A definição do número de indivíduos não se fez com base em amostragem probabilística, sendo o número de sujeitos delimitado pela saturação dos discursos (BAUER; AARTS, 2002).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra indivíduos com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na cidade de Governador Valadares, que foram submetidos à amputação em membros inferiores no Hospital Municipal. Apresentavam função cognitiva preservada, ou seja, tinham capacidade para autorizar a pesquisa e consentir a participação na mesma, entender as perguntas e para responder aos instrumentos utilizados na pesquisa. Essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados no HMGV e no CADEF de acordo com a disponibilidade de acesso.

A pandemia por SARS COV-19 influenciou a seleção e local de pesquisa, face às questões sanitárias e o fato destes pacientes serem considerados imunodeprimidos, mesmo com doença controlada. A supervisão frequente da equipe de saúde em suas visitas foi um facilitador e minimizador de eventuais riscos.

Não foram incluídos na pesquisa os pacientes que não possuíam amputações em membros inferiores, os que se recusaram a ser entrevistados e os com quadro clínico desestabilizado, os indivíduos menores de 18 anos, moradores de cidades circunvizinhas a Governador Valadares, que não possuíam condições cognitivas preservadas para responder as questões desta pesquisa e os que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluídos também pacientes que foram atendidos pela pesquisadora conforme previsões do código de ética médica.

4.5 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas do questionário, foi realizado um estudo piloto com dois indivíduos em tratamento no HMGV, observando os critérios de inclusão e exclusão. Porém, os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância na realização do estudo piloto a possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Após essa fase, foram acessados prontuários de usuários que realizaram a amputação no hospital regional para identificação de fatores para realização de sua caracterização. Em seguida, para a identificação dos sujeitos de pesquisa, foi realizado contato com a equipe do CADEF responsável pelos cuidados e controle sobre amputações no município de Governador Valadares, para esclarecimentos dos aspectos da pesquisa. Foi obtida a lista de pacientes do CADEF que poderiam preencher os critérios da pesquisa. Foi realizada análise da lista nominal e das informações dos registros para verificar a compatibilidade com os critérios de inclusão na pesquisa.

Logo após, foi estabelecido contato telefônico com estes pacientes, explicando o objetivo da pesquisa, solicitando a concordância em participar e permissão para agendamento da entrevista domiciliar. Comparecendo no domicílio do entrevistado, foi realizada nova conversa com esclarecimento mais pormenorizado sobre a pesquisa, objetivos, termo de consentimento livre e esclarecido e assinatura do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas respeitando-se o distanciamento e protocolos de segurança surgidos após a Pandemia por SARS COV-19. Em dois casos foi mantida a presença de acompanhante, duas esposas, que em alguns momentos auxiliaram nos relatos das rotinas de tratamentos. Estas fazem o papel de cuidadoras dos pacientes. Os entrevistados solicitaram sua permanência e foi respeitado este aspecto mediante as normas do código de ética médica. Foi mantida a privacidade em cada caso, facilitando a tranquilidade para a entrevista, considerando também mais segurança sanitária pela individualidade na abordagem. Foi estabelecido um

contato inicial mais informal, de forma a estabelecer condições para o recurso rapport, uma forma de aliança de cooperação para os trabalhos.

Para registro, as entrevistas foram gravadas via gravação digital, com a devida autorização dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas, mantendo fiel relato descritivo de perguntas e respostas. O formulário de pesquisa foi construído em duas partes, a primeira possui dados de identificação do entrevistado, dados da cirurgia, presença ou não de doença associada, questões sociodemográficas, uso de medicações e assiduidade em seu uso. Após obtenção desses dados, passou-se às perguntas abertas descritas a seguir: 1. O que o seu corpo significa para você?; 2. O que a amputação significa para você?; 3. Na sua visão/compreensão, amputação trouxe mudança na sua vida (social, espiritual, profissional, laços familiares/amizade)? Poderia relatar quais as principais mudanças observadas?; 4. Após a amputação, quais suas expectativas? 5. Como você se sente com relação ao tratamento do diabetes Mellitus depois da amputação? Ocorreram mudanças? 6. Que orientações você tem recebido dos profissionais de saúde?

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada para a análise dos dados a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Essa técnica, utilizada em pesquisas qualitativas, permite interpretar mensagens obtidas por meio de entrevistas, de forma sistemática, descrevendo conteúdos e inferências. Pela leitura flutuante do material transcrito para conhecimento, buscou-se elementos importantes para a observação de similaridades entre os discursos, tentando assim, obter um panorama inicial sugestivo das percepções, atentando para as respostas que informassem sobre as perdas e limitações em suas atividades, suas relações com seu grupo social, mudanças e referências à sua amputação e ao DM. Por meio dessa leitura inicial, passamos à codificação, de forma a encontrar e estabelecer temáticas abordadas, presentes nas respostas obtidas.

Já, por meio de uma leitura exaustiva, as temáticas foram estabelecidas de forma a serem agrupadas em três: “O significado do corpo após a amputação”, “Impressões sobre a amputação” e “O diabetes mellitus e a amputação”. As gravações foram ouvidas diversas vezes, de forma a captar impressões, entonações de voz e

outros aspectos que contribuíssem para o enriquecimento das análises.

Posteriormente, as leituras permitiram agrupamentos de significados em cada temática, que seriam os conteúdos de cada uma. Esses conteúdos foram reunidos em categorias, permitindo análises dos dados, agrupando de uma forma mais sistemática, para possibilitar resultados de categorias organizadas dentro de cada temática.

Os resultados foram apresentados mantendo o anonimato, apenas atribuindo um número a cada entrevistado. Todas as respostas não tiveram as palavras revisadas em correta grafia e gramática, mantendo a sua originalidade. Nos momentos em que os acompanhantes se manifestaram, foram citados com esta denominação. A interpretação destes resultados é baseada em literatura científica sobre os temas envolvidos na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do trabalho apresenta sete pacientes portadores de diabetes que realizaram procedimentos de amputação de membros inferiores no Hospital Municipal de Governador Valadares. Destes, cinco homens e duas mulheres. Quanto à idade, possuem média de 49,6 anos, variando de 47 a 68 anos e amplitude de 21 anos. Dois entrevistados receberam o diagnóstico de DM apenas no momento da indicação do procedimento cirúrgico para amputação do membro inferior, já os demais eram portadores e conhecedores da doença. Quatro entrevistados realizavam o uso contínuo da medicação oral e insulina. Com relação à amputação, dois homens eram amputados unilaterais abaixo do joelho, os demais parcialmente de um pé.

Estes achados são semelhantes aos de Silva et al. (2021), que encontraram a maior incidência anual de amputações em homens, sendo observado apenas para o ano de 2009 um índice inferior a 50% dos amputados de menor porte em membros inferiores. No mesmo estudo, verificou-se em 2018, que 73,9% das amputações foram classificadas como de menor porte. Quanto à média de idade, quando comparado os resultados dos estudos, observa-se média de idade inferior para o presente estudo (63,9 anos). Outro estudo, de Rodrigues et al. (2022), mostrou predominância de amputações no sexo masculino e DM como causa principal. A explicação para a diferença entre os gêneros, de acordo com Correia et al. (2022), estaria no fato de as mulheres participarem de maneira mais ativa das atividades de cuidado em saúde.

Questionados sobre o significado da amputação todos associaram à ocorrência de uma mudança de vida com aspectos negativos, podendo incluir restrição de atividades, interrupção do processo laboral, sentimentos de menos valia e dependência. Observou-se a indicação de mudanças nas relações familiares, com a apresentação de dificuldades para as interações sociais anteriormente estabelecidas. Destaca-se o fato de a presença do acompanhante aumentar acentuadamente a sensação de dependência para o autocuidado. Os entrevistados demonstraram seguir o regramento alimentar estabelecido pela equipe de saúde, fazer uso de medicamentos, cuidado com eventuais lesões e curativos, além de exigências do cumprimento das orientações da equipe de saúde. Esses achados foram encontrados

nos estudos de Milioli et al. (2012) e Oliveira et al. (2015), nos quais foi possível observar que a qualidade de vida ficou prejudicada após a amputação, pois indicaram diversos aspectos negativos como mudar a dieta, regras, medicamentos diferentes e ausência de relações familiares durante o suporte ao paciente.

Todos os entrevistados relatam possuir fé em uma divindade superior (Deus), sendo que três citam uma experiência religiosa mais assídua após o procedimento cirúrgico. Por meio da prática de sua fé, construíram um grupo social na igreja e este grupo serve de auxílio para estas pessoas nesta fase pós-amputação. A religiosidade como apoio ao cuidado é citada em outros estudos (CHINI; BOEMER, 2007; OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2013), que analisam aspectos sobre novas perspectivas no enfrentamento do medo da morte ou adesão aos tratamentos.

Nas cirurgias de maior porte, observa-se respostas com sentimentos de negação ao cuidado da doença, como medicações e demais restrições. Tal situação seria, possivelmente, por se tratarem de amputações com maior extensão corporal, levando-os a experimentarem maiores modificações de suas atividades e relações sociais. Os entrevistados que receberam o diagnóstico da doença em decorrência da presença da complicação e posterior amputação manifestaram estranheza (medo, incredulidade) pela situação atual. Nenhum dos entrevistados retornou ao labor ou às anteriores práticas usuais após o procedimento cirúrgico.

Todos os entrevistados, exceto um, relataram o apoio familiar presente durante o processo terapêutico. A exceção observada, relaciona esse aspecto com a perda do poder econômico, referindo como está, a causa para a ausência dos familiares no processo de tratamento. Observa-se nas falas desse usuário o tom de indignação por não possuir mais essa aproximação. Por outro lado, este demonstra que tal abandono denota do comportamento anterior ao processo cirúrgico, já que havia de sua parte o abuso excessivo de álcool e tabaco. O abandono desses hábitos pode cursar com alterações de humor (verifica-se uma certa rispidez nas falas deste entrevistado), que associado às perdas pela amputação e doença poderiam também ter afastado os familiares. Estudos como o de Cordeiro et al. (2021), analisando relações de familiares convivendo com um membro alcoólatra, demonstram que a convivência com estes indivíduos é dificultada pelo comportamento agressivo verbal e até agressões físicas. Os referidos autores argumentam que tais fatores levam ao isolamento destes indivíduos.

Todos entrevistados estavam sendo acompanhados e orientados pela equipe de saúde. Durante as visitas domiciliares, que acontecem de maneira rotineira, recebem orientações sobre as medicações, comparecimento na ESF e agendamentos para atendimento no CADEF. Todos demonstraram conhecer a importância da dieta, no entanto, manifestaram dificuldades para seguir o orientado, referindo ser uma regra difícil para ser cumprida. Desta forma, torna-se um procedimento considerado por eles bastante restritivo. Diversos artigos na literatura trazem o papel da dieta como elemento importante no processo terapêutico, no entanto, marginalizada e negligenciada por muitos pacientes (CORREIA et al., 2022; MILIOLI et al., 2012; SEARA, RODRIGUES, ROCHA; 2013). A equipe de saúde indica as opções de cuidado e terapêutica, mas cabe ao paciente segui-las (TAVARES et al., 2021).

O uso de medicações é compreendido por todos, já que verbalizaram de maneira bem simples o ato de o fazer. A exceção são os usuários de insulina, que manifestaram uma maior preocupação de seu uso adequado. Quatro entrevistados manifestaram indiretamente sua insatisfação pela necessidade de controle rigoroso dos medicamentos. Um homem cita sua relação de intimidade com o profissional médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF), demonstrando satisfação com as visitas e orientações, o incluindo de forma especial no seu círculo de cuidadores. Arruda et al. (2018) afirmam existir maior facilidade para ensinar cuidados ao gênero feminino, com relatos também de que a participação dos cuidadores, familiares e equipe de saúde no processo de tratamento melhora a adesão ao tratamento (SEARA, RODRIGUES, ROCHA, 2013).

Em nosso estudo, dois homens tiveram experiências com protetização e não relataram aspectos positivos dessa experiência, no entanto, apresentaram expectativa positiva sobre a adequação futura das próteses. Esta ambiguidade de sentimentos com relação às próteses foram citadas por Chini e Boemer (2007), e as dificuldades de adaptação são descritas como cruciais nas características negativas das próteses (UMBURANAS et al., 2003). Os amputados de até dois dedos dos pés se manifestaram mais otimistas que os demais. Quanto maior a amputação mais dificuldade para se adaptar à nova situação, ou seja, maior é a dependência e as percepções negativas, como observado por Squeff et al. (2021), ao descrever os aspectos fenomenológicos de um paciente com grande amputação. Este entendimento também se associa às percepções dos pacientes em estudo de Souza

(2021) pela maior dependência para as atividades e maior necessidade de ajuda de outras pessoas.

5.2 ANÁLISE TEMÁTICA

A percepção da doença diabetes mellitus e da amputação, em especial as modificações ocorridas na vida dos entrevistados, puderam ser sistematizadas em quatro temáticas e demais categorias, conforme listado na tabela 1:

Tabela 1: Apresentação das temáticas e respectivas categorias dos pacientes pesquisados sobre a amputação em Governador Valadares-MG, 2022.

TEMÁTICAS	O Significado do corpo após a amputação	Impressões sobre a amputação	O diabetes mellitus e a amputação
CATEGORIAS	O Significado do corpo	Aspectos Sociais	A “prisão” chamada dieta
		A religiosidade	A medicação e sua necessidade
	O Significado da amputação	O olhar sobre a família	Atribuindo limites
		A dependência	Perspectivas para o futuro

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

5.3 TEMÁTICA 1: O SIGNIFICADO DO CORPO APÓS A AMPUTAÇÃO

A temática abordará sobre a percepção dos entrevistados a respeito de seu corpo e o significado da amputação. Busca-se o entendimento sobre como o paciente percebe o próprio corpo e as mudanças ocorridas após a amputação.

Le Breton (2007) traz reflexões sobre os vários aspectos do corpo, ressaltando suas ambiguidades, nos trazendo reflexões a respeito do corpo muito além da ideia biomédica de anatomofisiológica e material. O autor discorre sobre a ideia que compõe homens e mulheres, buscando teorizar o aspecto transcendente para além da carne ou materialidade, inserindo-os no contexto das relações sociais e as mudanças através dos anos pelo próprio envelhecimento. Ou seja, o bebê é um corpo “mutante”, pois se inicia como criança, depois a adulto e finalmente idoso.

Neste mesmo raciocínio, o corpo é o instrumento das ações individuais, mas com atitudes e ações que o inserem no coletivo. Porém, mesmo sendo inserido no coletivo e feito da mesma matéria da natureza que o cerca, o corpo destaca a

soberania do indivíduo, estabelecendo os limites do próprio eu, uma fronteira para a sociedade.

Mauss (2003, p. 407) em seu livro “Sociologia e Antropologia”, já demonstrava a importância do corpo: “O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem”. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo”. Assim, as conquistas do homem seriam por meio do uso de seu corpo. O corpo e a corporeidade possuem significativa importância política. As organizações sociais estabelecidas em um território ocupado por uma sociedade apresentam relações políticas, estabelecidas significativamente conforme o conceito do “biopoder” trazidos por Mondardo (2009).

O corpo traz o “Eu” ao coletivo, mas pode ser adestrado, disciplinado, mesmo que não seja fácil. O corpo tem sua subjetividade e apesar de ser parte de um ser social, necessita fazer escolhas, e assim, analisa as possibilidades disponíveis dentro de seus limites. Ao se pensar nos aspectos do território (jurídico-político, econômico e cultural) trazidos por Haesbaert (2009), é possível afirmar que o corpo do indivíduo é a primeira e última instância territorial (NASCIMENTO, 2021).

A amputação rompe as relações do corpo com a sociedade e com o conceito de “Eu próprio” do indivíduo. A perda de um segmento corporal, em especial do membro inferior, mesmo que parcial, afetará sua independência por influenciar a sua capacidade de locomoção. Tornar-se-á um corpo “deficiente”, com uma deficiência visível. Le Breton (2007) nos descreve a complexidade da relação sociedade-corpo deficiente, a ambiguidade entre ser considerado igual moralmente, mas um diferente pela sua limitação e dependência. Torna-se marginalizado, um menor em valor social, considerado um peso pelas suas limitações, ao mesmo tempo em que suscita olhares e compaixão. É uma transgressão do que é normal.

Mesmo sendo necessária do ponto de vista fisiológico, a amputação é uma forma de agressão ao corpo, por trazer uma perda, uma mudança da relação indivíduo-corpo-território, uma situação mutiladora e que envolve mudanças importantes e modificadoras do seu cotidiano. Entretanto, a amputação é considerada uma cirurgia reconstrutiva e que possui como prioridade tratar a causa que compromete a vida do indivíduo, visando restaurar o membro doente (PACHECO; CIAMPA, 2006).

O conceito de técnicas do corpo apresentado por Mauss (2003) demonstra o processo de aprendizado e adaptação, de forma consciente ou inconsciente, que desenvolve todas as ações, posturas, sinais, caracterizações dos indivíduos, tornando-o o Eu que se relaciona com uma sociedade, inserido em um território comum, seja de sua família, seu bairro, sua cidade. O cidadão se reflete e se demonstra por meio do controle e utilização destas técnicas corporais.

Cada unidade anatômica e fisiológica sofre um aprendizado desde o nascimento, imitando e treinando partes do corpo, desenvolvendo e aprimorando a mente para as suas necessidades e suas ambições. O seu poder é exercido pela forma como o corpo soma essas técnicas, expandindo ou não suas influências. O domínio destas técnicas o situa em uma normalidade para o que deseja.

Ao perder um segmento corporal, por menor que seja, há uma modificação em seus limites territoriais, com necessidades agora de adaptação para as mesmas funções exercidas ou desejadas. Algumas poderão ser substituídas, no caso de próteses, e no membro inferior temos as muletas, cadeiras de rodas e calçados especiais, quando falamos de dedos dos pés. Mas a partir desta substituição material, a aparência do corpo muda e a aparência, e esta é um trunfo social (LE BRETON, 2007), mudando sua classe social para a de deficiente físico.

Todos esses elementos, definidos como tecnologias assistivas², ajudam, mas trazem consigo uma adaptação difícil, exigindo esforços, dedicação, acompanhamento de vários profissionais, ajustes quando há modificações em condições corporais como ganho de peso e despesas. Caminhar com uma prótese gasta mais energia do que o andar natural, e às vezes o encaixe da prótese machuca. Mesmo os mais simples, como muletas, requerem treinamento, dedicação, orientação e cuidado (NEGRETTI; CHESANI; GROSSKOPF, 2019).

5.3.1 Categoria 1: O significado do corpo

Nessa categoria, buscou-se estabelecer o significado do corpo para os entrevistados, registrando as impressões e significados, bem como a utilização dele durante seu cotidiano e para sua vida. Temos relatos abaixo de dois entrevistados,

² A "Tecnologia Assistiva" é compreendida como dispositivos, técnicas e processos que podem prover assistência ou reabilitação para pessoas com algum tipo de deficiência, proporcionando às mesmas autonomia e independência na realização de atividades diárias (NAZARI; NAZARI; GOMES, 2022).

tecendo comentários sobre o que seria o corpo:

“Uai, é tudo ué” (Entrevistado 2)

“Ah, é tudo né, meu corpo pra mim é tudo.” (Entrevistado 5)

A ideia do corpo para os entrevistados assume uma característica inicialmente material, na qual o corpo material representa tudo o que é o indivíduo. Este corpo está intrinsecamente ligado ao seu eu, à sua existência, e em um primeiro momento, observamos para muitos um tom de voz e verbalização de espanto, como visto nos exemplos em que a resposta se inicia com uma preposição “uai” ou “Ah”. A indissociabilidade do ser e do corpo anatômico torna difícil estabelecer um conceito único, dada a complexidade de se interpretar o que é o corpo sem separar o indivíduo e seu corpo, ou seja, é a conexão com a própria cultura (LE BRETON, 2007).

Tendo em vista as técnicas do corpo desenvolvidas ao longo de sua existência, os indivíduos estão em uma normalidade onde seus ambientes e sua natureza corporal podem ser considerados seu território de ação e reação (MAUSS, 2003). Assim, todo este processo educacional de suas estruturas anatômicas e mentais torna-o normal em seu meio, e o normal não é percebido por ser homogêneo, por ser igual, por estar na disciplina das expectativas da posição em que se encaixa (LE BRETON, 2007). Este aspecto pode nos esclarecer a falta de entendimento da importância do corpo nos entrevistados. São iguais corporalmente aos mesmos de seus grupos, apenas chamando atenção quando se tornam diferentes.

5.3.2 Categoria 2: O significado da amputação

São registradas, nessa categoria, as percepções sobre o significado das amputações para o entrevistado. Os relatos demonstram o estabelecimento de consequências corporais sobre o ato de ter sofrido a amputação, ademais manifestam a sensação de perda, como observado nas falas a seguir:

“Ah, menina, frustração. Ce perder um membro do seu corpo.” (Entrevistado 4)

“Ah, uma perca muito grande né, porque deixei de fazer as coisas, não consegue fazer as coisas, as atividades que fazia antes, trabalho, esses trem, não consigo mais.” (Entrevistado 5)

Observa-se nos relatos a existência de uma circunstância comum a todos: viver as consequências de um procedimento utilizado para tratar a complicação de uma doença que possivelmente poderia ter contornos mortais, ou seja, a amputação foi terapêutica, o seu resultado foi aceito, mas não desejado. Revestido da ambiguidade de ser necessário, mas doloroso e gerador de modificações profundas de vida, a amputação é preservadora de vida. Este aspecto inclusive foi explicado aos entrevistados, conforme seus relatos. Mas junto a isso, tornou a vida mais dolorosa, modificada, que necessita de adaptações significativas e principalmente regida por dependências, seja de regras pela doença, seja pelas limitações impostas ao indivíduo (CHINI; BOEMER, 2007).

A amputação de membros inferiores estabelece limites corporais. A locomoção sofre prejuízos, pois são nossos membros inferiores que funcionam como os meios de carregar o corpo onde queremos. Nosso corpo, território mutante e móvel, só conquista e demonstra seu poder estando inserido no que se espera de normal. A necessidade de meios para carregar o corpo e para se manter ereto, significa uma demonstração de fraqueza, não estando dentro de posturas socialmente compartilhadas de demonstração do poder pelo indivíduo dono do corpo (LE BRETON, 2007).

Mondardo (2009, p. 03), descrevendo as relações do corpo com o biopoder, afirma “o corpo é elemento que cria relações, cria espaços e é espaço em constante movimento, vida e reprodução das relações”. O movimento é fundamental neste processo, e os membros inferiores são usualmente a base para a movimentação. A perda deste importante componente material do “território corporal” visível repercute no exercício do biopoder e de certa forma traz uma disciplina Foucaultiana, já que é imposta pela visão biomédica.

Ambígua e necessária, a concordância em se submeter à amputação traz à tona a dualidade vida-morte, face ao dilema de ser uma retirada salvadora e preservativa da vida biológica, mas limitando permanentemente a vida social. A decisão de como e quando será realizada não é do indivíduo, mas sim da equipe de saúde, cujas regras e rotina são técnicas e definidas pelo aspecto anátomo-fisiológico do corpo. Esclarecidos os aspectos da necessidade de amputar ao paciente, a técnica utilizada e a dimensão da área amputada é de competência da equipe, que se baseia em estudos científicos. Mesmo a cirurgia bem-sucedida e complicações resolvidas, se

estabelecem limites e vigilância contínua em saúde. Há toda uma trajetória complexa, na qual o binômio doença/cirurgia se mostra difícil de controlar, com mudança das regras de vida impostas e necessárias, com resultados permanentes e de impacto majoritariamente negativos (SQUEFF et al., 2021).

5.4 TEMÁTICA 2: IMPRESSÕES SOBRE A AMPUTAÇÃO

Esta temática abordará as repercussões da amputação na vida do indivíduo, abrangendo os aspectos sociais, convivência com familiares, comunidade e trabalho, e sua religiosidade. Demonstrar-se-á as mudanças e sentimentos, estes predominantemente negativos, expressados de forma direta ou indireta nas entrevistas.

O amputado passa por um processo comparável aos estágios de luto, cada indivíduo evoluindo a seu tempo. A amputação é perda, assim como o gerador do sentimento de luto mais conhecido: a morte (LE BRETON, 2007). Uma parte do seu corpo morre cirurgicamente pelo fato de já estar “agonizante”. Neste aspecto é a perda Freudiana de algo “querido”, uma porção material do território corporal visivelmente demonstrada, trazendo uma perda de sua antiga identidade construída e com um “lugar” social. É o luto pela falta de um pedaço do seu “Eu”. O amputado é um outro “Eu”.

5.4.1 Categoria 1: Aspectos Sociais

As percepções dos amputados indicam diminuição de parâmetros de avaliação dos diversos aspectos sobre sua qualidade de vida, impactando negativamente suas relações sociais em múltiplos aspectos. Nas falas a seguir verificamos as manifestações sobre as mudanças ocorridas:

“Mudou tudo na minha vida. Esses três dedo mudou tudo, num pode dirigir, num pode trabalhar.” (Entrevistado 3)

“Mudou muito. Mais difícil né, tem pessoas que te ..., outras que já te humilha, entendeu? Esse tipo de coisa que muitas vezes te deixa constrangido, entendeu? Eu mesmo teve um momento que eu tinha perdido até a esperança, entendeu? Lutar, esse tipo de coisa, de viver... Então é o tipo de coisa que tem um né, tem dia que ce tá lá em cima, tem dia

que ce tá lá embaixo... aí tem que pegar com Deus e ...” (Entrevistado 5)

A ideia de biopoder por meio dos corpos demonstrada por Mondardo (2009) relaciona frequentemente à ideia Foucaultiana de o corpo ter sido disciplinado por poderes alheios ao indivíduo. O amputado foi limitado e definido em extensão de perda corporal pelo poder biomédico, mas aquele segmento corporal pertencia ao indivíduo e foi disciplinado para determinada função e papel social pelo próprio indivíduo por meio do desenvolvimento e aplicação dos processos conscientes ou não desenvolvedores das técnicas do corpo (LE BRETON, 2007; MAUSS, 2003).

A perda desse papel social gera uma mudança notada em seu meio. Para os homens, o corpo representa força de trabalho e subsistência, e este é um papel frequentemente de liderança, seja na família, seja até mesmo parte de sua profissão (LE BRETON, 2007). Nas mulheres é frequentemente estimulada e construída a ideia de beleza, que se associa ao seu biopoder de mãe, profissional, cuidadora, podendo haver associação desses papéis (LEITE et al., 2012). A mudança corporal trazida pela modificação da capacidade de livre locomoção e de sua postura, agora não naturalmente ereta como outrora, torna o amputado meio-competente, o diferente e dependente. Esses termos não fazem parte da ideia de líder, de independente ou de um agregador no trabalho e nas relações. E não são associados aos padrões culturais de beleza.

Os da família que antes eram sustentados, amparados ou cuidados por este indivíduo, passam a ter que cuidar do mesmo. A liderança econômica muda de mãos: o provedor se torna o motivo de despesas diferentes e necessitado da vigilância em saúde, já que a cirurgia só trata e evita certas complicações, ela não cura o diabetes. O cuidador não cuida mais dos outros. Dependente eterno de remédios, controle alimentar e de cuidados com ferimentos mínimos por serem portas abertas para infecções e complicações que podem ser mortais, o diabético amputado de membro inferior se torna um “fardo” social e familiar, o não normal, até digno de pena. Não apenas é uma inversão de status, mas uma profunda modificação social negativa, de um papel que levou anos para ser desenvolvido. De acordo com Le Breton (2007, p 26), “[...] O corpo é socialmente construído, tanto nas suas ações sobre a cena coletiva quanto nas teorias que explicam seu funcionamento ou nas relações que mantém com o homem que encarna”.

Além da perda de seu status, temos a insegurança de outra perda, a da própria vida. Os pacientes diabéticos e sua fragilidade cicatricial são orientados aos cuidados com sua pele. Todo ferimento, mesmo os menores, sofrem atraso cicatricial. Além do cuidado requerido com sua dieta, o diabético requer maiores cuidados nos seus ferimentos, pois tem potencial de agravamento pela não cicatrização, infecção, disseminação de eventual bactéria por todo o corpo, septicemia e morte (GOMES et al., 2021).

A sua materialidade corporal, parte do seu próprio “eu”, se torna frágil. Sua fronteira material, a própria pele, agora com menos defesas, permitirá mais facilmente a invasão de agentes nocivos agressores, arriscando sua vida. Não mais um território seguro para seu “eu”, possuindo em sua existência uma doença crônica incurável, seu corpo é seu meio de influência, sobrevivência, identidade, mas também se tornou seu algoz. Um pequeno defeito no seu corpo pode piorar ainda mais, pois não é raro casos de amputações de membros inferiores necessitarem de nova cirurgia, tornando ainda mais visível o seu defeito, a sua fraqueza (LE BRETON, 2007), conforme ilustrado na fala abaixo:

“Eu fui, machuquei, quando eu cheguei lá no hospital, é, o médico falou... (sobre ser portador de diabetes com complicação)”. (Entrevistado 3)

Essa fragilidade material ainda traz a necessidade de acompanhamento por equipe de saúde, não só para consultas e prescrições, mas para ser monitorado, ter seu corpo observado, cuidado e manipulado sob a forma de cuidados e prevenção do pé diabético (GOMES et al., 2021). Essa nova rotina tem embutida a disciplina Foucaultiana, pois são estes cuidados biomédicos que evitarão o desfecho final trágico: septicemia (infecção generalizada) e morte. E para evitar isso, a medida radical salvadora frequentemente é a amputação. O poder da equipe de saúde retira então o poder residual do amputado. Observe o relato abaixo:

“É muito difícil, nosso Deus. Eu tenho uma mulher que trata de mim, dos meus pés, lá no, no, no... [no CADEF]” (Entrevistado 4)

Este processo se torna análogo aos conceitos de desterritorialização e reterritorialização, com multiterritorialidades conforme Haesbaert (2009), trazendo as bifurcações nestes conceitos apresentadas por Fuini (2017) sobre o território-rede e

território-dominância. Nesse aspecto, a perda de uma parte do corpo é perda parcial de território material e de técnicas contribuintes para as relações mais amplas com o território habitado e o vivido pelo paciente. O corpo vive após a amputação o conceito de território-rede, pois o indivíduo necessita agora de relacionamentos mais íntimos e frequentes com os serviços de saúde.

A rede formada pelo serviço de saúde traz a sua influência no cotidiano deste indivíduo, pois estabelece as regras de dieta, autocuidado, medicações, controles por exames e ainda, dentro dos cuidados necessários ligados à dependência gerada, à assistência para locomoção e até mesmo horários para todos esses processos. Em cada um destes aspectos, podemos observar multiterritorialidades, des-re-territorializações, pois muitos agenciamentos prévios continuam sendo utilizados, outros eliminados, com novos aprendidos ou sofridos (FUINI, 2017).

Os novos aprendizados incluem novas técnicas para este novo corpo, e sem a ajuda desta rede são mais difíceis de serem aprendidas pela observação apenas. O amputado em membros inferiores é ‘anormal’ e dependente, com mobilidade reduzida, diferente daqueles com os quais convive. Somado a ser diabético, não pode se alimentar do que pode ser considerado normal em muitas culturas, vivendo um regramento alimentar que o seguirá por sua existência. E caso não o faça, corre o risco da morte de parte de seu território corporal ou de todo o seu corpo. O “eu” não é mais igual a nós (MAUSS, 2003).

5.4.2 Categoria 2: A religiosidade

Nesta categoria incluiu-se as passagens e percepções que estavam relacionadas à fé em um Deus, sua religiosidade pós-amputação. Tal categoria foi observada como facilitadora para o enfrentamento das amputações, associado a outros aspectos relacionados ao apoio social e à esperança (SOUZA, 2021). Observemos os relatos abaixo demonstrando a religiosidade dos entrevistados:

“Você é, assim, mais fé que a gente tem né” (Entrevistado 1)

“Demais da conta, nossa senhora” [respondendo acreditar em Deus] (Entrevistado 5)

“Não, assim, aproximei não, mas assim, algumas pessoas igual aqui, né, no prédio mesmo, aproximaram né até a mim, vem aqui, fazer oração aqui, dia de quinta-feira, um dia numa casa, outro dia no outro, aí vem cá né, eu gosto, né.” (Entrevistado 6)

Durante avaliações sobre as percepções dos portadores de diabetes tipo II em relação às suas amputações, observa-se que ao lado de sentimentos negativos e alguns pontos sobre o futuro em suas vidas, a espiritualidade e a religiosidade são consideradas apoios importantes (LUCAS et al., 2010). No tocante ao assunto, a fé em Deus se destacou como importante instrumento de autoaceitação, onde a fé em Deus é mencionada pelos entrevistados como a solução, ajuda, cura e até mesmo de novo enfrentamento da nova vida. Observemos um exemplo entre os entrevistados deste estudo:

“ Ah, lógico! Senhor Jesus é maravilhoso.” (Entrevistado 5)

Todos os entrevistados demonstraram um aumento em sua fé e na crença em Deus. Mesmo os que em uma resposta inicial consideraram que não mudou, apresentaram falas demonstrando um aumento, uma sensação de fé como consolo e apoio. Três entrevistados manifestaram uma fé mais vivenciada antes da cirurgia, e essa fé e práticas religiosas se mantiveram, mesmo com as práticas alteradas pela limitação de mobilidade e das necessidades de tratamentos. Quanto a esse ponto e buscando maiores detalhes sobre o assunto, observa-se que o exercício da fé por uma das mulheres na pesquisa está ligado aos seus estudos de teologia, componente este, que ela ressalta e demonstra não ter mudado.

Em seu livro *Sociologia e Antropologia*, na sua quinta parte, Marcel Mauss (2003) analisa a espiritualidade, as construções de persona, pessoa moral, pessoa cristã, destacando aspectos morais e apresentando a unidade da pessoa, como corpo e alma. Por meio desta unidade, observa-se que a crença e expectativa de um divino maior pode trazer conforto, extrapolando os limites territoriais definidos pela ação na carne, causada por uma fragilidade da própria carne. A alma está intocada, podendo ser reforçada e alimentada pela fé, exercendo “territorialidades” além dos limites negativos vividos. Observações semelhantes sobre a positividade da espiritualidade são relatadas por Foch; Silva e Enumo (2017).

Le Breton (2007) nos traz o corpo como suporte de valores, misto de uma dualidade: feito de matéria fraca é depositário do sagrado, profano e sagrado, com seus rituais visíveis modificado no agora corpo deficiente e doente. Mas o componente alma, temente da morte que o assombra no estigma da doença, está fortalecido na fé. E a fé não obedece às regras impostas pela doença. A fé não depende da aparência, da classificação do corpo.

Mesmo sendo algo não mensurável ou identificável, a fé é uma forma de suporte, que o encaixa em um grupo onde o corpo não importará no seu valor como indivíduo. Nos casos analisados, seu pertencimento como “corpo cristão” se insere na grande irmandade Cristã, cujos valores morais não os diminuem com o estigma de ser diferente. Demonstrem nas suas falas apoio, conforto e um sentimento de igualdade com seu grupo religioso.

A ideia da existência material somente traz, de certa forma, uma finitude que será vivenciada como algo em andamento, acelerado pela presença da doença e da perda de uma porção corporal. Assim, o diabético amputado seria alguém evoluindo para a finitude de maneira mais rápida, com a morbidez de eventos e complicações inesperadas, em uma existência que caminha para a morte (SQUEFF et al., 2021). A religiosidade traz uma convicção de algo maior, da morte como o caminho para o melhor, sendo conforto para suas adversidades, funcionando como pilar de resistência aos sentimentos negativos e dificuldades enfrentadas.

Na existência de um sentimento de penalidade por ter a doença há um atenuante no conforto de acreditar ser a vontade de Deus, um amparo gerado pelas relações religiosas e na ideia de algo maior além das dificuldades. Mesmo em momentos de solidão, encontra conforto nas escrituras sagradas. Muda o foco de uma vida terminando mal na doença, para uma vivência além das dificuldades materiais enfrentadas e até reforço para valorizar seu círculo social mais próximo (CUNHA, 2021). A religiosidade é um fator positivo para o enfrentamento de doenças, especialmente em condições crônicas (FOCH; SILVA; ENUMO, 2017) como o DM e suas complicações.

5.4.3 Categoria 3: O olhar sobre a Família

Nesta categoria buscou-se evidenciar as relações familiares e suas modificações no pós-amputação. A família no Brasil é o núcleo fundamental de apoio da maioria dos indivíduos, mesmo nas concepções modernas. A família tradicional em Mauss (2003) e Le Breton (2007) possui seus papéis definidos: pai que deve ser o provedor, mãe com expectativa de ser cuidadora e filhos cujo sustento, amparo e valores são baseados na relação pai/mãe, até o momento em que adultos ou de alguma forma independentes, econômica e/ou socialmente, estabelecerão seu núcleo familiar. Mesmo nas famílias não ocupantes do mesmo lar, vemos em nossos entrevistados o laço descrito com este núcleo de família, citado pelos autores em técnicas do corpo (MAUSS, 2003; LE BRETON, 2007) e manifestado nas falas a seguir.

“Olha, minha família tudo juntou comigo, tudo garrado mais eu, meus fi todo.” (Entrevistado 3)

“Depois da amputação né, que quando eu tinha minha perna, nossa senhora, todo mundo comia da mesma comida, na mesma panela, todo mundo debaixo do mesmo teto, aí depois que eu amputei a perna né. Que, era a hora, entendeu, da convivência ser, aí me abandonaram...” (Entrevistado 5)

A apresentação física de si parece ser socialmente o valor da apresentação moral (LE BRETON, 2007). Neste mesmo raciocínio o corpo deficiente se torna dependente, seu papel social muda e seu papel familiar também. Como não é mais um espelho dos normais de sua posição ou de sua sociedade, suas relações sociais se modificam e a família passa a mudar seu papel. Os homens, vistos como provedores ou guias protetores da família, se tornam dependentes. Nossos entrevistados masculinos descreveram seu papel familiar prévio tendo importância econômica para a mesma, mantendo filhos, casa e bens materiais, envolvendo o território de convivência familiar. Na análise de Fuini (2017), mesmo sem sair do seu território-casa e do seu território corporal, são desterritorializados perdendo o simbolismo de seu poder.

Dentre os entrevistados, dois se destacaram pelo papel de suas companheiras: a mulher reforça o seu papel de cuidadora à medida que o homem amputado se torna o cuidado, com contínuo aumento da necessidade da presença desta mulher. Sem ela, a rotina de cuidado especial com medicamentos e com o território da pele afetada não seria tão eficiente. Os códigos da etiqueta corporal, de acordo com Le Breton (2007), estão mudados: o chefe da família deve ser submisso a quem antes ele cuidava e mantinha, expondo o seu estigma a escrutínio de técnicas de cuidado de aprendizado com a disciplina biomédica.

De dependente sentimental e economicamente, a mulher passa a ser líder das relações, em especial com aval dos representantes da disciplina de cuidado ensinada e repetida. Estas frequentemente são porta-voz das respostas e assumem liderança na casa e nas multiterritorialidades necessárias à nova vida e ao cuidado: casa-consultório/unidade básica de saúde-tratamentos multidisciplinares-igreja-eventos sociais ou estabelecimentos para necessidades básicas. Em situações diversas, a mulher passa ao controle da renda do agora caracterizado como deficiente, desde receber numerários até decisões de como gastá-los. As prioridades também passam a ser estabelecidas por estas cuidadoras.

Nas palavras das duas mulheres entrevistadas verifica-se que citam não ter havido mudança das suas relações com a família. Observamos este aspecto nas falas:

Entrevistada: “Não, a mesma coisa.”

Entrevistadora: Foi indiferente?

Entrevistada: É, mesma coisa.

Le Breton (2007), ao discutir o desenvolvimento das diversas sensibilidades e percepções pelo corpo, fatores estes bastante subjetivos, traz uma interessante hipótese aplicável para esta diferença. Segundo ele, cada indivíduo perceberá sua dor em conformidade com sua educação e com o papel desempenhado em um grupo ao qual pertence. Famílias com formação paternalista estabelecem o papel de cuidadora às mulheres, enfrentando as mazelas e cuidando dos doentes sem reclamar. Sendo ela a doente, a exigência do autocuidado a torna dependente de si própria, uma vantagem com relação ao homem desconhecedor do autocuidado, um zelo associado à aparência. Esta é mais exigida nas figuras sociais femininas, aprendido muitas

vezes por imitação (MAUSS, 2003). É um passo mais simples este acréscimo de uma vigilância da pele associada à doença.

O poder simbólico destas posições modificadas altera todo um processo cuja normalidade de anos fica abalada. Um líder agora fraco, anormal e doente perde seu lugar na casa e na sociedade. A companheira assume uma liderança diferente, a de cuidar do ex-líder, tendo este ainda alguma posição simbólica nos laços familiares, mas dependente de necessidades atendidas pelos vínculos afetivos do amor, as emocionais e as da alma. O isolamento causado pelo estigma poderá ser parcialmente suprido pela proximidade amorosa da família, quando este ocorrer. Observa-se em outras falas os aspectos relacionados à marginalização familiar, já verificada em Le Breton (2007), pela mudança de o amputado se tornar o anormal dependente.

Observa-se nas falas que os entrevistados claramente utilizam o termo abandono e suas variações para descrever o seu relacionamento, frisando a piora pela sua perda produtiva de resultado econômico, e como consequência, a perda do posto de provedor.

Quando se refere aos aspectos inerentes às diferenças de gênero, Mauss (2003) descreve questões além do aspecto material do corpo. O aprendizado e utilização de gestos, posturas, reações específicas de ação ou resposta constroem o papel do indivíduo na sociedade. Para Mauss (2003) e Le Breton (2007, 2013) tudo se manifesta em formas no corpo e no gestual, começando principalmente no núcleo social primário da família. Há papéis diferentes para cada indivíduo, e as técnicas corporais esperadas afirmam esses papéis. O homem é a força, proteção, virilidade. A mulher é o cuidado, beleza, carinho.

Estes papéis são completos quando possuem a capacidade de locomoção como os demais de seu grupo social. Cada um no seu lugar. A partir do momento em que se tornou um corpo doente, amputado, com dificuldades para se locomover, o papel anteriormente desempenhado vai mudar: o homem dependente não é viril e protetor, a mulher dependente não cuida como antes, e o pior, ambos precisam ser cuidados e apoiados. A dinâmica familiar mudou.

Em seu artigo sobre percepções de familiares acerca de cuidados em homens com doenças crônicas, Arruda et al. (2018) descrevem resultados corroborando aspectos culturais verificados com relação às dificuldades de aceitação por parte de homens, cuja rotina foi modificada pela necessidade do cuidado de outros.

Majoritariamente cuidadoras, o artigo mostra os aspectos negativos com relação ao gênero masculino, por estar em fragilidade, dependência, com perdas de trabalho e, às vezes, até agressividade frente à sua clara dependência dos cuidados de família e de terceiros.

Vemos a ideia de se tornar “menos homem” corroborado em nossa análise também sob a ótica descrita por Mauss (2003) e Le Breton (2007). Em sua pesquisa Chini e Boemer (2007) verificaram estes sentimentos negativos e as dificuldades com esta dependência transformadora das relações, especialmente nos idosos. Lucas et al. (2010) abordam estas mudanças e inseguranças do amputado, por suas fragilidades e limitações. Esses autores citam que agora a dependência da família é necessária para o cuidado deste doente.

5.4.4 Categoria 4: A dependência

Foram registrados na presente categoria os relatos e percepções relacionados à dependência gerada pela amputação. Acredita-se que esse aspecto seja o de maior pesar ou sentimento negativo relacionado ao diagnóstico e/ou procedimento cirúrgico bem-sucedido. Tal observação está relacionada às consequências, como a dependência do auxílio para locomoção, restrições alimentares, excesso de medicações e encontros frequentes com a equipe de saúde. Tais necessidades ou regras pelas quais se conseguirá viver, irá determinar a perda da liberdade e tranquilidade de outrora, conforme relatos abaixo:

“Ah em termo assim, né, de locomover que tu fica um pouco mais lento, pra fazer as atividade que eu fazia não consigo mais, é.” (Entrevistado 2)

“Tem, tem, tudo, pra tudo, eu dependo da minha esposa pra tudo hoje... É porque, oh menina, é muito difícil pra mim andar... Dependendo, hoje... Sem carro... Dos outros pra me levar...” (Entrevistado 4)

A ideia de valor para algumas partes do corpo é descrita como algo relacionado à capacidade de partes do corpo. Ou seja, território-corpo teria “áreas mais valorizadas” (LE BRETON, 2007, p. 70, como a importância do rosto como parte de maior valor, pela sua capacidade de ser a identidade, seduzir, comunicar. Assim, podemos considerar os membros inferiores um patrimônio corporal extremamente valioso, pois são estes os responsáveis pela locomoção. O deslocamento para

vivências e conquistas é dependente da integridade e das técnicas dos membros inferiores. A possibilidade de o livre andar traz independência e conquistas de novas experiências, importantes aspectos em nossas análises, como na seguinte fala:

“Doido querendo dirigir (risos), pegava o ..., eu não aguentava ... vo apertar aqui na embreagem.” (Acompanhante)

Lucas et al. (2010) demonstram as percepções dos diabéticos tipo 2 com relação à amputação, ressaltando a perda da liberdade, do seu ir e vir, da sua incapacidade em realizar as suas atividades do cotidiano pré-cirúrgico, resumido na palavra dependência. Dependendo da família e dos outros é a nova rotina, requerendo uma readaptação. Sua experiência sugere como se sua vida lhe tivesse sido tirada, nessa dependência, que agora se faz constante, como se não houvesse mais possibilidades de existir por si mesmo.

Para a descrição da experiência de um amputado diabético, Squeff et al. (2021) analisam as entrevistas de um mesmo indivíduo, cuja vida é transformada pela decisão necessária biomédica da amputação. Os sentimentos e limitações analisados trazem o resultado desta metamorfose como uma “não-existência”. Nestas experiências, observa-se que mesmo ao utilizar cadeira de rodas e andador, ainda sua mobilidade o limita, e os caminhos além de seus portões dependem de ajuda maior do que a destes equipamentos. Ao utilizar o andador, o personagem não consegue se servir de alimentos, dependendo de alguém para fazê-lo por si.

Uma dependência relevante também citada e já descrita por Le Breton (2007) é a dependência da seguridade social. Apesar da previsão legal bem estabelecida para o seu amparo social, este corpo dependente é diferente da normalidade da maioria, identificado com seu trabalho e produtividade (SQUEFF et al, 2021). Temos este aspecto manifestado na fala a seguir, destacando agora, a presença da seguridade social na vida do entrevistado:

“Porque o INSS faz parte da vida da gente.” (Entrevistado 3)

A perda no território-corpo se reverte na perda do exercício de suas territorialidades profissionais e sociais, levando a novas interações dependentes de auxílios de equipamentos e de pessoas. São novas, porém em um contexto não desejado por suas limitações, com regramentos e dependências da obediência a

disciplinas que outrora não eram presentes nas suas territorialidades. Um pai dependente não é mais o patriarca, um chefe que não anda não é mais poderoso. Uma mulher limitada no deambular não é mais independente, não exerce o tradicional papel de cuidadora e suporte emocional de sua família.

Os obstáculos arquitetônicos urbanos assumem outra dimensão a estes indivíduos. O livre andar não mais existe. A liberdade se acaba nos limites do corpo material, agora presídio ou cemitério para muitas técnicas aprendidas e muitas vivências. O mundo é percebido além do olhar, pois as informações narradas por aqueles que visitaram algum lugar, ajudam as pessoas a encontrarem um sentido para as suas vidas (SILVA, et al. 2013). Em todas as entrevistas percebemos estes aspectos, direta ou indiretamente.

5.5 TEMÁTICA 3: O DIABETES MELLITUS E A AMPUTAÇÃO

Esta temática demonstra as referências dos entrevistados quanto ao processo de adoecimento pelo diabetes mellitus, suas consequências, alterações nas rotinas de vida, bem como as orientações e mudanças do processo terapêutico estipuladas pela equipe de saúde. Quanto ao último item, observa-se nas falas dos entrevistados, uma necessidade de seguir as orientações referentes à dieta, selecionando alimentos e mudando hábitos de vida, e as orientações do autocuidado, em especial com lesões dos pés ou do coto de amputação. Essas medidas são fundamentais para controle do nível de glicose no sangue, pois este quando se eleva, pode causar complicações nos sistemas corporais.

Em decorrência das mudanças metabólicas causadas pela doença, a barreira de proteção formada pela pele perderá resistência e não retornará às condições anteriores ao adoecimento, além do mais, tal fragilidade se repete nos demais órgãos do corpo. Não seguir as regras condicionadas pelo processo de adoecimento pode ocasionar uma nova amputação, perda dos rins, da visão, problemas cardíacos e outras complicações (CORREIA et al., 2022). Uma disciplina Foucaultiana se estabelece: medir o nível de glicose no sangue, seguir a dieta sem açúcares, usar medicações prescritas, cuidar de determinada forma de seu corpo e cuidar da pele como ensinado, se tornam questão de vida ou morte (TAVARES et al., 2022). As normas biomédicas exercem o poder sobre o corpo, se estabelecendo uma vigilância do corpo e pelo próprio corpo, pois o “Eu” precisa praticar seu autocuidado.

Ironicamente, o poder de cumprir a disciplina de vida está controlado pela vontade do dono do corpo doente, e esse dono possui consciência disto.

5.5.1 Categoria 1: A “prisão” chamada dieta

A alimentação, além de satisfazer às necessidades fisiológicas de nutrição, possui importância cultural dentro de diversas populações. As refeições são momentos de interação social, de manifestação de condutas corporais e de comportamento frente ao se portar à mesa e de se preparar refeições cativantes para todos os sentidos corporais. Comer em conjunto, a mesma comida, traz um pertencimento a um determinado grupo, traz uma sensação de inclusão para o indivíduo (JUSTO, G.; FERREIRA, J., 2019) O prazer de uma refeição também está ligado ao emocional, a boas lembranças de momentos passados e futuros. No Brasil, as festas que reúnem grupos maiores com interesses em comum, como aniversários, casamentos, batizados e rituais de passagem social, são momentos de prazer e alegria comuns a todos os grupos. Em decorrência das condições metabólicas e das restrições (regras) estipuladas pela equipe de saúde, o diabético não poderá participar desses encontros plenamente. Observemos atentamente a passagem abaixo retratando o quadro apresentado:

“Tudo, a hora de fazer o, como é que fala, comida, a comida né... A hora certa, que hora que é, de 3 em 3 hora né.” (Entrevistado 1)

“Não, o mais é só açúcar mesmo, o, né, eu tenho que comer de manhã um, uma batata, uma mandioca ou, sabe, uma coisa assim. Não assim, ficar comendo pão todo dia, né, porque o pão tem muito açúcar, arroz, essas coisas, eu comia um tanto, mas era pra mim comer outro, né, mais... Assim que eles falaram pra mim.” (Entrevistado 6)

A orientação nutricional indicada por profissionais e entidades de classe deve ser ofertada a todos os pacientes com diabetes. Dentre as orientações realizadas, a redução de açúcares na dieta, sob as suas diversas formas, inclusive as ocultas como farinhas, batatas e derivados do trigo é considerada uma ótima estratégia terapêutica para redução dos açúcares sanguíneos (ASSUMPÇÃO et al., 2022). Vigilância para o controle de gorduras na alimentação, presentes em diversos tipos de carnes e frituras, pode repercutir positivamente no controle direto da glicemia. Mas para isso, há a

necessidade de modificação do preparo e dos ingredientes que irão compor a dieta: cozinhar utilizando menos óleos e gorduras, evitar massas, cortar os açúcares, inclusão de mais verduras, frutas e legumes. As tradicionais comidas festivas são ricas no que se deve evitar. A comida recomendável para controle glicêmico, dita “saudável”, não é igual à preparada antes do regime de tratamento, tão pouco idêntica ao que os outros membros da família compartilham durante a refeição. A dieta possui restrições, estabelecendo limites e fronteiras que não podem ser ultrapassadas em observância às regras e normas estabelecidas pelos profissionais (TAVARES et al., 2021).

Rituais sociais comemorativos são reconhecidos em muitas culturas e já fazem parte da socialização de pertencimento a um grupo. Trazem consigo as técnicas do corpo coerentes com o que se está simbolizando e celebrando (LE BRETON, 2007; MAUSS, 2003). Aprendemos e convivemos com grandes celebrações seladas com brindes. Esse ato celebratório traz consigo o uso de bebida alcoólica, cujo teor de açúcar é desaconselhado para o consumo de pacientes com DM. Associado a isso, temos nas comemorações, as refeições fartas, ricas em gorduras e açúcares complexos, bem como a finalização com as sobremesas com alta concentração de açúcares simples. E por fim, há a exortação ao brinde: de pé, vamos todos brindar! Um amputado de membro inferior possui diversas dificuldades, caso não tenha a prótese, em ficar de pé igual aos demais, e possivelmente não terá a mesma bebida em sua taça. Caso tenha bebida alcoólica na taça, será repreendido por alguém por não seguir a regra, para manter estável um corpo que possui uma doença incurável. O paciente com DM é um dependente de cuidado e de disciplina. Não é um “igual”. Tais características demonstram sua mudança na posição da família e em seu grupo. Por essas situações, os pacientes com DM frequentemente enfrentam dificuldades para mudar os hábitos, mudanças ressaltadas e solicitadas pelos profissionais de saúde, bem caracterizada por meio do comentário feito pelo entrevistado:

“Mas assim, eu, eu até hoje não parei de açúcar não mas eu, igual o rapaz que vem aqui, de lá, fala que eu tenho que parar, que tem que tomar adoçante.” (Entrevistada 6)

O hábito de manter uma alimentação saudável faz parte de uma saúde de qualidade. A população brasileira não mantém esse hábito, e para agravar, as

regionalidades culinárias tornam específicas e prazerosas determinadas combinações de alimentos, pratos típicos que muitas vezes não poderão mais ser livremente ingeridos por paciente com DM. Alimentos e bebidas para os pacientes devem ser racionados, modificados, o que causa na maior parte das vezes, perda de sabor e alteração de paladar. Além disso, o consumo de sobremesas açucaradas após as refeições é um hábito que deve ser cuidadosamente modificado. Retirar o açúcar simples e realizar o uso de adoçantes torna-se rotina necessária (ASSUMPÇÃO et al, 2022).

Às vezes, para socializar, o paciente com DM ocultará sua não adesão ao regime diferenciado alimentar em decorrência dos desejos alimentares ou por ordem econômica, já que os alimentos processados são ricos em açúcares, mais rápidos de consumir e frequentemente mais baratos (JUSTO, FERREIRA, 2019). Mentir sobre a dieta facilita muitas relações, mas não consegue enganar o organismo, pois este refletirá o resultado do consumo excessivo e suas consequências. As regras são conhecidas com relação aos cuidados com a doença, como manifestado por um entrevistado e sua resposta, observemos:

“Ah, ir no horário certinho, medicamento, comida, alimento né, e assim, sal, gordura, não comer muito. O dia que ce comer macarrão, massa, diminuir no arroz, mais legumes, esses trem aí.” (Entrevistado 5)

Os entrevistados demonstraram possuir conhecimento da importância da dieta e atribuem esta informação aos profissionais de saúde. As restrições orientadas e as modificações necessárias são como imposições que fazem parte do tratamento, cumpridas de maneira pouco prazerosa e cercadas de dificuldades na sua execução. A relação com o açúcar ou outra forma de carboidrato é conhecida, outrora muito apreciada, fazendo parte do guia dos comportamentos em casa ou fora dela. Estes achados sobre as orientações da equipe de saúde não foram encontrados por Tavares et al. (2021) em suas pesquisas sobre as orientações em saúde neste grupo de pacientes. Neste estudo, há uma percepção de limitação das orientações feitas pelos profissionais de saúde, e os pacientes citam na abordagem pela equipe de saúde a priorização de orientação sobre os medicamentos, com menos informações sobre os hábitos de vida.

5.5.2 Categoria 2: A medicação e sua necessidade

O uso de medicações, em especial a necessidade de insulina, é essencial para maioria dos entrevistados, dessa forma são temas frequentes durante as abordagens em grupo com as oficinas terapêuticas ou abordagens individuais durante as consultas da equipe multidisciplinar. As orientações e determinações estão vinculadas às regras de cuidado e conduta frente ao processo de adoecimento e prevenção de complicações. A necessidade e importância das medicações durante o tratamento da DM são compreendidas pelos participantes, como podemos observar nas manifestações, a seguir:

“É. Desde quando eu adoeci com a diabetes, no mesmo mês eu comecei a usar insulina.” (Entrevistado 1)

“Não, orientação é pra tomar insulina e cuidar dos remédio direitinho.” (Entrevistado 3)

Ao lado da dieta, as medidas medicamentosas conhecidas como farmacológicas são fundamentais no controle do diabetes. Particularmente, os amputados estão em maior risco de outras complicações como as renais, oftalmológicas e cardiológicas, além do mais, cerca de 20% dos amputados morrem após dois anos da amputação (SOUZA; OLIVEIRA, 2020). Tal situação leva à uma grande preocupação entre especialistas, demonstrando a necessidade de controle da glicose sanguínea, e, dessa forma, torna-se objeto da criação de protocolos e a inclusão entre as doenças monitoradas nos serviços de vigilância em saúde.

Além da percepção quanto à necessidade do uso da medicação, os participantes acreditam que seu uso deve estar associado às visitas frequentes à unidade de saúde, à realização de exames para controle da glicose sanguínea e ao cuidado com a pele. No protocolo de cuidado ao DM, a realização de visitas programadas à unidade de saúde está caracterizada como mecanismo de cuidado e controle para prevenção e tratamento das complicações. Em todas as falas dos entrevistados observa-se que tal protocolo está sendo executado de maneira adequada pela equipe de saúde, além disso, manifestam desejo e disponibilidade para participação dessas ações, conforme falas apresentadas a seguir:

“Eu faço uma vez na semana.” [sobre as visitas à unidade de saúde] (Entrevistado 3)

“Tem um rapazinho aqui mesmo que ele tá cuidando de mim agora aqui no, Dr Cléber, menino bacana, educado menina, nosso Deus. Gente boa pra caramba”. (Entrevistado 4)

“É muito difícil, nosso Deus. Eu tenho uma mulher que trata de mim, dos meus pés, lá no, no, no..”. [Citando o CADEF, unidade de saúde] (Entrevistado 4)

“Olha, eu sempre to no posto e vira e volta um trem me arruina aqui e eu tenho que correr pro médico né, eu tomo remédio controlado, isso aí tem por 6 meses né, então todo mês eu tenho que tá lá, pegando remédio, tendeu, acontece, que nem agora por exemplo que eu fui ... machucado então vira e volta tenho que tá correndo pro médico.” (Entrevistado 5)

A rotina de acompanhamento e monitoramento da glicemia capilar e as orientações sobre os cuidados com a dieta e pele são entendidos pelos pacientes como o ‘remédio’ para evitar ‘problemas’. Ademais, o cuidado com o corpo denota o sentido de manutenção do patrimônio físico, dependência e fortalecimento do elo familiar. Quanto a esse ponto, a participação familiar durante o processo de tratamento, observa-se o papel central de cuidado das acompanhantes durante os relatos das entrevistas, tais personagens participam ativamente dos procedimentos de cuidado com o paciente que possui amputações em decorrências da DM, como manifestado por uma das acompanhantes e registrado durante as gravações, observemos o relato:

“Aí eu pego, coloco o balde aqui, uma garrafa descartável assim em cima, ele vem e põe a perna, eu venho e lavo com soro fisiológico, um monte de coisa, limpo, e eu mesmo faço o curativo nele.” [esposa] (acompanhante 3)

Para todos os entrevistados a rotina de cuidados médicos e a atenção dos serviços de saúde são consideradas como um desafio, entretanto, observa-se durante as entrevistas, seja diretamente nas palavras verbalizadas ou tonalidade de voz durante as respostas aos questionamentos, que os pacientes demonstraram satisfação com o acesso aos serviços. Ao mesmo tempo, observa-se uma “revolta” por necessitar desse cuidado contínuo, já que é a confirmação da dependência para o resto da vida. Tal condição gera uma sensação de ausência de liberdade em decorrência dos cuidados necessários com a doença.

5.5.3 Categoria 3: Atribuindo limites

As análises nesta categoria são para identificar o reconhecimento de limites, além dos corporais visíveis. Limites que criam dificuldades para a adaptação ao novo modo de viver, restrições nas atividades de vida e às suas personalidades. Os entrevistados manifestam as suas limitações com expressões carregadas de conotações negativas, como nas falas a seguir:

“Peso, peso, pra deitar eu tenho que pegar os pezinhos assim, deitar com os pezinhos pra cima, e é assim que eu fico.” (Entrevistado 3)

“É, paralização total, porque eu sou um cara muito ativo no trabalho e esse trem me cortou, como se diz, lá na raiz.” (Entrevistado 4)

“Trouxe, porque né, eu trabalhava, agora não posso trabalhar, já tem, foi em fevereiro, né, que amputou e eu não posso trabalhar.” (Entrevistado 6)

A formação de todas as características pessoais e sociais de um indivíduo é resultado de todos os aprendizados e relações vividas (LE BRETON, 2007; MAUSS, 2003). A livre locomoção, o livre andar traz perspectivas de independência ao corpo, pois poderá se mover, se relacionar com outros, desenvolver trabalhos, se destacar ou ser um “igual”. Esta vida, com muitas possibilidades e expectativas desejadas foi interrompida, tanto pela perda de uma parte de seu corpo quanto pela cruel descoberta de como uma doença pode ser grave.

As modificações corporais relacionadas à cirurgia mostram-se como perdas de técnicas do corpo utilizadas no cotidiano de sua vida adulta. Estas modificações restringem o exercício de suas antigas relações e hábitos, ou seja, suas territorialidades estão limitadas. O diagnóstico de DM também é um limitador corporal, pois não mais “comerá como os outros”. Associado a essa condição, será necessário o uso de medicações que devem ser obrigatoriamente utilizadas, com risco de penalização indireta. Ou seja, a desobediência acarretará o colapso de funções corporais, já que seu corpo não suportará os excessos de açúcares, complicará, e poderá perder outras partes corporais, por meio de outra cirurgia ou pela perda de função de “territórios orgânicos” como rins e olhos. Seus limites visíveis estão estabelecidos no rótulo social de corpo deficiente físico. O deficiente é menor socialmente – visão compartilhada socialmente, no entanto, carregada de estigma e

preconceito (LE BRETON, 2007).

Para Le Breton (2007), o corpo deficiente é um intermediário entre vivo e morto, menor socialmente, lembrança amarga de finitude para os outros de sua convivência, pois demonstra que somos fracos, provocando desconforto e pena aos de sua convivência. Este aspecto é discutido na introdução de seu livro *Adeus ao Corpo*, no qual traz uma análise sobre como as ideias científicas advindas da anatomia e fisiologia podem comparar o corpo a uma máquina, com suas diversas partes funcionando em harmonia (LE BRETON, 2013). Seria uma máquina maravilhosa, no entanto, esta maravilha contraditoriamente é uma máquina passível de desgastes, erros de funções, defeitos e tudo isso possui como consequência a morte. Ironicamente, uma maravilha frágil. Para o deficiente existirá sempre uma limitação social, por meio de um estigma físico, mudando para sempre a sua condição, agora como um inferior e dependente. Somado a esta marca visível pela modificação de sua anatomia, há o limite da doença: o cuidado de saúde exige mudanças de hábitos alimentares, cuidados com sua pele e órgãos, pois sempre haverá o risco de novos problemas.

Ao se verem limitados no andar, com regras de alimentação e medicações, há o reforço do sentimento de dependência, especialmente visto na necessidade de receber conhecimento da equipe médica para entender e obedecer às regras de manutenção da sua própria condição, que sempre será mais frágil (TAVARES et al., 2021). Sendo um “inferior” permanente por sua condição de doente, cada regra reforça aspectos de uma limitação, restringindo as suas territorialidades, com imposição de novas ao se relacionar com o ambiente e grupo dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento. Os limites impostos e aprendidos forçam uma mudança do “Eu” associado ao corpo modificado. Não seguir as regras em saúde destrói este corpo, podendo levar à morte do “Eu”.

Ser obediente à regra significa evitar muitas de suas antigas relações e territorialidades, e até mesmo abandonar para não evoluir com as complicações, com suas perdas no corpo e no social, correndo menos risco de morrer. Portanto, seus limites corporais se associam aos externos de regras. O biopoder do paciente diminui à medida que o da equipe de saúde aumenta. A doença traz este estigma, tornando o corpo “acessório” às regras (LE BRETON, 2013), moldado metabolicamente pela obediência ou não aos cuidados, dieta e medicamentos. A máquina maravilhosa de

Le Breton (2013) só funciona sendo cuidada, e cuidar é com regras, limites e até sacrifícios de suas partes como ocorre nas amputações. Perder é sobreviver.

Este achado também foi verificado em Squeff et al. (2021), mostrando uma análise das percepções sobre a condição pós-amputação e limitações em um paciente que está “despedaçado”. Estas mudanças são analisadas em Veloso et al. (2020), sob uma ótica fenomenológica, mostrando a ambiguidade entre o alívio por ter eliminado uma parte doente do corpo, mas a sensação face à perda anatômica, modificando o seu “Eu”.

5.5.4 Categoria 4: Perspectivas para o futuro

A jornada humana tem associada um desejo de construção e futuro. Os conceitos de território como formação de sociedades humanas trazem intrinsecamente as ideias de ações humanas em um determinado local. Porém, como visto em Haesbaert e Bruce (2009), o ambiente de uma pessoa estabelece um território psicológico, em que vive também associado a seu território geográfico, portanto, há uma multiplicidade de relações. As formações de território para os conceitos de corpo como território trazem as associações dos atos do corpo anatômico sobre si e sobre os outros, sobre o seu local de vida e trabalho. Todos estes aspectos são vividos nas diversidades apresentadas ao longo do tempo e pelos desejos de socialização. O desenvolvimento de técnicas do corpo, de acordo com Le Breton (2007), é movido em sua construção para um futuro, iniciada nas fases pós-nascimento e que levarão aos comportamentos e ações, vivendo as fases criança, adolescente, adulto e futuro idoso, cada uma a seu tempo, como determinado pelo seu grupo de convivência social.

Cada indivíduo é corpo e alma (LE BRETON, 2007) e faz suas programações de metas para o futuro: alguns objetivam comandar sociedades, conquistas financeiras, beleza, constituir família, existir além de seu corpo para ser visto, lembrado, reverenciado, deixando um legado. Uma persistência das vontades e desejos para um futuro em nossos entrevistados pode ser verificada nas seguintes falas:

“Daqui pra frente minha vontade é ... essa prótese aí ó, entendeu, e minha vontade de desenvolver com ela sem muleta, ce entendeu? E voltar a fazer

alguma coisa, ocupar minha mente mais, num trabalho, um trem assim, entendeu?” (Entrevistado 5)

*“Ah, eu penso assim, né, em voltar nas atividades normais. Né, que por ser a amputação só do dedão eu creio que não vai me parar. Não sei como que é o futuro, tipo assim, pra andar, como que vai ser, não sei.”
(Entrevistado 7)*

Após as alterações nas estruturas corporais, para o futuro, observa-se que além das relações familiares, será iniciado um relacionamento estreito e frequente com a equipe de saúde. Os diabéticos reconhecem a necessidade deste acompanhamento para obtenção de melhor qualidade de vida. Os programas públicos possuem orientações e protocolos específicos para estes pacientes (SOUZA; OLIVEIRA, 2020), que incluem as visitas domiciliares. Tal estratégia de atenção à saúde é caracterizado por deslocamento sistemático e programado para o local de vivência do usuário, usualmente demarcado como território de influência de uma equipe de saúde, seja com limites geográficos ou de número populacional definido. O paciente então incorpora esta regra, pertencendo então a um novo território.

As visitas são programadas e fazem parte dos protocolos em saúde. O indivíduo se assume como doente e necessita de acompanhamento. Abrirá, então, o território físico e as territorialidades do seu lar aos profissionais de saúde nas visitas ou se deslocam por meio de ajudas como muletas ou cadeiras de rodas para os estabelecimentos de saúde, frequentemente na dependência de acompanhantes. Nem sempre poderão escolher o isolamento em casa, fator protetor e confortável, que esconde sua diferença estigmatizante (LE BRETON, 2007). Sua casa é seu território conhecido e vivido, com alguns hábitos e costumes já incorporados ao seu “Eu”. E terá então que receber outras ações, outro grupo social, com outras territorialidades, modificando as suas, treinando para incorporar novas de autocuidado, dieta e hábitos.

Tudo isso se associa a uma mudança profissional, pois o doente não é forçado a trabalhar, e mesmo tendo potenciais para reinserção ao trabalho, frequentemente não pode retornar à sua antiga profissão. O trabalho de um indivíduo está vinculado à sua classe social. Mauss (2003) esclarece sobre esta formação por meio das técnicas do corpo para habilitação profissional. Essa habilitação se relaciona com a formação das castas sociais. A perda da capacidade para o exercício do seu trabalho é excludente e muda drasticamente este posicionamento. As visitas “invadem” o território-lar, trazendo um poder inexistente antes e modificador de sua posição social.

Perder a capacidade de trabalho por meio da limitação do corpo define o que poderá fazer ou não, estabelecendo assim, se o seu potencial para o exercício da profissão se perdeu.

Outrora, identificadora de sua classe e característica da sua identidade, a profissão perdida é uma territorialidade marcante para o corpo-território. O “eu” se confunde com o trabalho, fonte de renda, trazendo o poder econômico em seu meio e a capacidade de domínio, de destaque frente àqueles que dependem deste aspecto econômico. Os hábitos, gestual e até a linguagem utilizada por um adulto frequentemente se adaptam à profissão exercida (MAUSS, 2003). Perder a profissão é perder um importante território de exercício da influência social.

Outro aspecto prazeroso para os humanos é a habilidade de produzir, de desempenhar uma função útil à sociedade, algo oposto ao agora dependente e digno de pena, o corpo deficiente doente (LE BRETON, 2007). A ideia de retorno a ser produtivo traz a possibilidade de resgate de suas capacidades aparentemente perdidas externamente, mas permanentes no “Eu”. O retorno ao trabalho em alguns entrevistados não será mais da mesma forma. Direta ou indiretamente manifestam ter o conhecimento da necessidade de adaptação, mas não há ainda um projeto correto de adaptação delineado.

Um entrevistado, que inclusive já alcançou a fase de protetização, tem uma visão negativa com relação à sua antiga profissão. Longamente descreve com pesar sua perda financeira pela impossibilidade de trabalhar como antes, de prover para sua família e ressalta as perdas patrimoniais. Este aspecto de perda de poder econômico permeia os discursos de todos entrevistados, mesmo os de amputações menores ou mais recentes.

O futuro surge como incerto, com necessidade de uma visão otimista para alguns, e neste aspecto vemos otimismo ligado à fé em Deus, sendo um dos pilares no enfrentamento da atual situação. Também a referência de alguma socialização com amigos traz um aspecto positivo, visto nas falas dos que recebem visitas. Tendências ao isolamento podem ser verificadas em pacientes amputados (VELOSO et al., 2020), e o suporte social auxilia no enfrentamento de sua nova condição.

Analisando sob a ótica de Le Breton (2007) , o homem é então produto do corpo, sendo, portanto, o corpo determinante de sua posição social, raça, integração em seu núcleo de vivência e nas demais possibilidades sociais. Seu corpo atual

funciona como um “efeito de barragem” (FUINI, 2017), impedindo suas vivências e o mantendo em determinada posição. O futuro engloba conviver com este efeito limitante.

Seria então a ideia de futuro com trabalho um projeto de resgate de seu valor? O indivíduo conhece suas potencialidades, a antiga capacidade de ser produtivo e deseja restabelecer o seu poder perdido. Teríamos então a existência moldada pelo corpo, suplantando este obstáculo, e demonstrando potencialidades e territorialidades diferentes. Esse raciocínio o posicionaria então no conceito da ambiguidade corporal de Le Breton (2007, 2013): o corpo não é uma natureza imutável, e mesmo a perda de uma parte importante, a possibilidade de restringir sua mobilidade, não o torna menos indivíduo. Motivados por planos futuros, os entrevistados demonstram desejo de manter sua individualidade.

Neste mesmo raciocínio, se aplicaria a ideia de pensar como um “corpo supranumerário”, ou seja, a porção material do indivíduo seria apenas uma parte até certo ponto dispensável do “eu”, pois o molde material não seria o todo do indivíduo (LE BRETON, 2007). Seus valores, seus desejos, suas possibilidades estão além deste corpo defeituoso. O trabalho, a superação, os caminhos do futuro mudarão seu atual status social e poderão trazer outro posicionamento, com as qualidades advindas de uma superação de limites.

A ideia de projetos e de resgate de antigas relações e posições está presente nas entrevistas. Aqui temos a fala de um dos compromissos masculinos na visão de Mauss (2003), o de prover para os filhos:

Expectativa, pra ver se consegue alguma coisa, pros fi né. (Entrevistado 1)

Entrevistadora: Pros filhos?

Entrevistado: “É.” (Entrevistado 1)

Entrevistadora: Ah, entendi. O senhor pensa mais nos filhos então?

“É. (risos) Tudo que a gente faz é pensando neles né.” (Entrevistado 1)

O provedor tem a expectativa de que será respeitado, será de novo o líder da família. Este resgate talvez modifique a visão social, deixando a posição de pessoa necessitada de cuidados, passando a ser o que superou uma barreira intransponível.

Por meio dessas realizações, transcende o papel de corpo-deficiente e demonstra o valor de assumir para si o papel do vencedor de barreiras. E realiza um objetivo: ser mais do que seu corpo, manter a perspectiva de futuro e de sua identidade social. Seria um indivíduo que teve modificados a aparência e seus hábitos, mas manteve seus valores sociais intactos. Um aspecto positivo nesta adversidade.

Esse aspecto positivo também é visto em Veloso et al. (2020). Nesse estudo, os pacientes entrevistados já estavam encaminhados para a reabilitação. Este fato reforça o aspecto positivo, pois é uma fase com dados de controle da doença comprovado e com cicatrização adequada da cirurgia. Nossos entrevistados estão em fase de controle, sem complicações graves, os tornando parcialmente similares aos deste estudo. Sangirolamo et al. (2021), em estudo sobre qualidade de vida, citam que esta positividade auxilia na recuperação, não obstante os sentimentos negativos que a amputação traz para a vida do paciente. Essa positividade é percebida em nossos entrevistados, exceto o que manifesta a falta de apoio da família.

5.6 AS TERRITORIALIDADES MOLDANDO OS NOVOS LIMITES CORPORAIS

A sociedade demonstra as características que o corpo deve possuir, dividindo-as em três eixos: moral, intelectual e físico. Soma-se a exposição nos meios de comunicação e redes sociais de informações de cuidado para o corpo sobre moda, dieta, terapêutica, entre outros. O homem, frente aos padrões estéticos determinados pela sociedade, modifica voluntariamente seu corpo por meio de dietas, exercícios físicos e cirurgias plásticas, ou no caso de nosso estudo, por força de um procedimento não esperado. Observa-se no discurso dos entrevistados a surpresa sobre o questionamento em relação ao significado de seu corpo. Os entrevistados, já adultos, integrados socialmente e desenvolvidos corporalmente por meio das técnicas corporais, estavam adaptados e inseridos nas redes de relações do seu meio social. Os entrevistados vivenciavam uma determinada posição social, que planejada ou não, eram seu hábito. Portanto, estavam dentro do descrito por Mauss (2003) e Le Breton (2007), ou seja, eram iguais aos do seu grupo e sua posição, portanto, seu corpo não era notado como diferente, dessa forma, explicando a surpresa sobre o questionamento referente à representatividade de seu corpo antes da amputação.

O momento da amputação, para a maioria das pessoas, surge como algo impactante. Neste estudo foi tragicamente marcante para dois entrevistados, já que

foram diagnosticados com DM nos eventos imediatamente anteriores à indicação da amputação. Para os demais, a convivência com as limitações impostas pela doença já era conhecida, já havia o contato com as “regras” de dieta e medicações, da busca pelo atendimento em saúde. Indiretamente, nas suas falas, vemos que perceberam o fato da não observância às regras como consequência para a amputação.

A partir da cirurgia, o local operado de seu corpo fica marcado pela cicatriz. E se torna um “território anatômico” priorizado, numa analogia ao descrito por Le Breton (2007), referindo-se a partes do corpo que possuem maior valor. Mas esse valor assume uma forma ambígua: é priorizado por ser o ponto fraco, ferida a ser cuidada ou cicatriz de uma intervenção em seu território corporal em sentido mais amplo. É o ponto que impede a locomoção normal, marco de um novo contexto, com novos agenciamentos pelo corpo, que precisará de calçado especial ou de tecnologia assistiva para poder se locomover com maior independência.

Outro território corporal diretamente impactado é o seu sistema digestivo, porta por onde o alimento entra no corpo. Os sabores degustados não serão mais os mesmos, pelas restrições de carboidratos e calorias. Mesmo sendo ensinado que o problema é a insulina, pertencente ao sistema endócrino, é o digestivo o de maior vigilância. Na fragilidade da captação, produção ou aproveitamento da insulina reside a incapacidade corporal, fonte de todas as suas limitações e problemas, no entanto, é a restrição dietética a maior sensação de perda e cobrança, já que é considerado o problema manifestado, o “grande” desafio, ou seja, difícil de ser enfrentado.

O alimento é prazer e o sabor deles se associa a alimentos característicos, sendo que tal processo de degustação é função do aparelho digestivo. O território psicológico corporal desse sistema é enormemente afetado pelas regras, e é deste aparelho corporal o grande castigo da não observância à dieta, pois pode levar a complicações, inclusive à morte. Mudar a alimentação é modificar uma territorialidade. As modificações necessárias devem conviver com a noção de que aqueles sabores continuam existindo e até são acessíveis, mas o domínio individual do seu corpo, do seu desejo, do seu território psicológico, é fator determinante neste contexto e pertence apenas ao indivíduo.

As relações sociais após a amputação são modificadas e o paciente amputado de membro inferior portador de DM se torna um dependente. Marcado por sua incapacidade de locomoção adequada, por sua necessidade de ajuda de outros em

seus tratamentos e cuidados, controle de medicações, o paciente necessitará de ajuda social e frequentemente financeira. Esta dependência é um ponto observado entre os entrevistados deste estudo, principalmente os que possuem acompanhantes, já que estes passam a exercer o papel de liderança na condução do tratamento, nos regramentos alimentares, no espaço vivido e território da casa permitido à sua convivência, e em todas as novas relações (territorializações) como consequência do tratamento de saúde.

A equipe de saúde “invade” o ambiente do lar. Aquele corpo, pelo menos a parte operada, será desnudado, avaliado, medido, inspecionado. O território físico é visto, apalpado, tem regras de avaliação e controle. O sangue, porção também visível do território corporal, será escrutinado, pois é nele que podemos verificar o nível do inimigo invisível aos olhos, mas presente, circulando por toda a anatomia: o açúcar! Tão desejado nas versões alimentares diversas, o açúcar deverá ser vigiado por toda uma existência. Preferencialmente em raras ocasiões poderá ser degustado, mas nunca mais livremente, sem consequências.

Neste aspecto, observa-se que todos de alguma forma citam a família como apoio. Mesmo aqueles que não estão com o vínculo familiar fortalecido, a análise do discurso demonstra uma expectativa de apoio da mesma, uma mágoa pela sua ausência, em especial em um caso. A religiosidade também é citada por todos como aspecto positivo. Aqueles que já a tinham desenvolvida anteriormente à cirurgia citam a religiosidade como instrumento preponderante para enriquecimento e enfrentamento pessoal neste período de recuperação e adaptação.

Observa-se, fortemente, as características descritas em Haesbaert e Bruce (2009) quanto aos aspectos de corpo-território como o ambiente de convivência do indivíduo, se as partes do corpo foram treinadas com técnicas para se relacionar em seus espaços de vivência. Desta forma constrói a sua sociedade, com sua identidade definida. O DM e a amputação marcadamente mudaram as técnicas, as possíveis relações, sejam elas mecânicas, como o andar, ou psicológicas, como território de seu ambiente. Agora necessita de outros para cuidados e até locomoção, enfrentando também, regras para medicamentos e hábitos alimentares.

Nessa visão “Haesbaertiana”, pode-se então estabelecer a base para reconhecer a complexidade das percepções destes indivíduos. Não são apenas partes cortadas, desconectadas, soltas de um corpo, resultado de uma indicação

médica adequada, utilizando uma técnica bem aplicada, conhecida por médicos habilitados e um cuidado adequado em um pós-operatório. Tem-se agora um procedimento criador de obstáculos da locomoção secundário a uma doença restritiva da alimentação, impositora de medicamentos e exames, de rotinas com visitas a médicos e outros profissionais. Há dependência física e psicológica de outros, agora possuem cuidadores e “vigias”. Há o temor da doença e seu agravamento, medo da fraqueza do corpo, obviamente limitado. Modificações de ambientes trazem novos territórios e territorializações, dentro de sua própria anatomia e de seu contexto social.

Haesbaert e Bruce (2009) citam que as territorialidades não se perdem, mas novas se adquirem e o corpo transita entre elas, sendo o mesmo indivíduo em todos os momentos. O amputado deste estudo é um diabético que complicou, portanto, pertence a um subgrupo dentro do grande grupo destes doentes. Mesmo se identificando com esse tipo de paciente, se torna parte do grupo especial daqueles cuidados pelo CADEF com seu estigma corporal. Os participantes possuem territorialidades diferentes dos outros portadores de DM, pela natureza de cuidado e prevenção além de maior limitação, digamos que fazem parte de um coletivo com maior vulnerabilidade à estigmatização, afastamento e isolamento social.

Neste estudo, observa-se que os pacientes mantêm as características anteriores de seu papel na família, mas não a exercem plenamente. Foram criadas novas relações, então há novas territorializações, exercendo assim, um mecanismo que desterritorializa alguns aspectos, como por exemplo, a privação de liberdade quanto à dieta e uso de medicações. Se reterritorializam em novos hábitos, agora necessários e fundamentais em sua sobrevivência. As adaptações de calçados necessitam novas posturas corporais para os amputados de dedos, assim como os que utilizam muletas, apoios, cadeiras de rodas aprendem e convivem com novas técnicas corporais. Todos não perdem as técnicas para andar, mas sim desenvolvem novas territorialidades para compensar a sua limitação, buscando diminuir especialmente sua dependência. Toda a sua vida será uma constante desterritorialização/territorialização regrados pelo DM.

Haesbaert e Bruce (2009) referem-se à disciplina de Foucault, visto aqui no regramento desde os meios para diagnóstico de DM, indicação e realização da amputação, cujas regras com base na ciência guiam todos os atos. Posteriormente a determinação dos medicamentos (com doses e horários), dos cuidados e da dieta são

formas de disciplina, para dominar este corpo que possui um defeito e é frágil. Nesta evolução, chegamos à percepção de corpo deficiente nos moldes de Le Breton (2007), moldável pelo tratamento e sendo acessório para a manifestação da personalidade e estabelecendo o posicionamento social do indivíduo (LE BRETON, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trata-se de um desafio para esta pesquisadora sair da visão biomédica, há anos estudada e praticada, e adentrar no universo interdisciplinar. Esta pesquisa trouxe novos conceitos e novas interpretações às observações profissionais e vivências sociais como médica. Na visão biomédica, a amputação de membros inferiores em diabéticos parece algo evitável de uma forma até mais fácil do que muitas outras causas de amputações.

Através dos estudos iniciais teóricos para a construção desta pesquisa, a pesquisadora pode ampliar seus conhecimentos com o olhar da interdisciplinaridade. Entender os aspectos do corpo como território, a relação com a identidade do indivíduo trouxe uma maior compreensão das consequências do diagnóstico de uma doença crônica, comum na nossa vivência profissional, mas profundamente comprometedoras das emoções, sentimentos e individualidade dos pacientes.

Os entrevistados são uma amostra dos pacientes atendidos pelo serviço público, por meio do SUS, em Governador Valadares. Eles não possuem acesso a tratamentos privados e após a amputação foram referenciados para um serviço especializado com vistas à realização do controle de lesões com potencial de alterações cutâneas, associadas à amputação. Os controles básicos de glicemia e orientações sobre o DM foram deixadas sob a responsabilidade das Unidades Básicas próximas às suas residências. Todos residem em bairros mais afastados do centro da cidade. O CADEF é o centro de referência para pacientes atendidos no Hospital Municipal ou referenciados pelas Unidades Básicas, localizando-se no centro da cidade.

Todos manifestam a perda de rendimento e recebem rendimentos baseados na seguridade pública, seja do INSS ou outros auxílios. Assim, não entrevistamos pacientes legalmente considerados em extremos de pobreza ou de classe alta, se considerarmos os parâmetros dos benefícios de Amparo Social (BRASIL, 1993). Este aspecto se torna relevante, pois a assiduidade no uso de medicamentos, de visitas a profissionais de saúde e custeio de uma dieta variada, mas dentro das indicações para o DM, geram gastos que não são acessíveis às classes situadas nos extremos de pobreza. A adesão a esses itens certamente minimiza as complicações da DM, e quanto maior a renda, maior a chance de obter os cuidados e recursos mais adequados.

Pode-se identificar nas falas que os entrevistados sentem que seu corpo agora apresenta contextos negativos consequentes da amputação, especialmente nos itens relacionados à dependência de outros, medicamentos e dieta. A dependência à dieta é marcante para todos, sendo manifestada de forma mais frequente do que os problemas e limitações das áreas amputadas. A necessidade de cuidado e os obstáculos à locomoção se mostram presentes nos discursos com conotação negativa. Perder a parte do corpo gerou um misto de alívio por ter sua saúde geral preservada e desafio de ser o fato crucial para demonstrar o poder limitante do DM e a fragilidade deste corpo.

A equipe de saúde é uma presença positiva, apesar de ser geradora de regras, em especial sobre o controle da dieta. A dieta é uma regra quebrada por todos. As acompanhantes participantes da entrevista são vistas como presença positiva pelos entrevistados, mas assumem um papel de liderança e controle da saúde destes indivíduos. Nesses casos, se observa uma duplicidade de papéis, cuidadora e líder. Quanto ao papel de cuidadora, observa-se um perfil associado ao papel feminino conservador clássico nestas famílias, semelhante ao visto em Mauss (2003) e Le Breton (2007), por outro lado, observa-se também um novo papel feminino, o de líder familiar e gerente dos fluxos e territorialidades do indivíduo amputado. Estes amputados, antes provedores, sentem-se diminuídos e são submissos aos cuidados delas, e em alguns momentos “transferem” o cumprimento de rotinas do autocuidado para a gerência destas cuidadoras.

A falta de um componente corporal é marcante nestes corpos e impactou todas as suas relações. Todos necessitaram buscar novas territorialidades para o seu corpo e ainda as buscam, pois demonstram que no futuro necessitarão de novas adaptações. Os agenciamentos, por meio de cuidados e da recuperação de algumas habilidades, especialmente as profissionais, servem para um futuro resgate social e desenvolvimento de novas relações. Estas habilidades seriam as novas territorializações. O corpo-território físico e psicológico não é mais o mesmo, mas o “eu” ainda é presente. O futuro do “eu” está inserido na complexidade das relações corpo-território e sociedade.

A maior dificuldade em realizar este estudo residiu nas limitações impostas pela pandemia SARS-COV, pois nosso grupo é totalmente composto de imunodeprimidos. Os aspectos psicológicos dos efeitos do isolamento imposto pela pandemia nestes

pacientes podem ter sido um facilitador para as visitas, já que é uma forma de socialização e atenção a estes indivíduos. Também podem ter influenciado na percepção de positividade dos encontros com a equipe de saúde, pois seria uma forma de se sentir amparado contra uma doença pandêmica. O fato de termos participantes com quadro estável trouxe uniformidade de status de saúde, mas foi elemento determinante para possibilitar os encontros. Não temos elementos para definir se o isolamento prolongado prévio impactou a negatividade demonstrada por ser doente, mas é um elemento a ser considerado. Estudo semelhante em pacientes atendidos e monitorados em rede privada pode trazer resultados diferentes quanto às percepções, considerando haver facilitadores para o acesso aos cuidados e mudanças de hábitos. Também estudos abordando percepções com dois grupos: um composto apenas de amputações menores (de dedos a parciais do pé) comparando com outro de amputações maiores (total de pé até todo o membro inferior) trariam aspectos interessantes às abordagens e acompanhamento, subsidiando possíveis diferenças nas estratégias para estes pacientes.

Pela relevância do aspecto da dieta manifestada por todos, a análise dos hábitos alimentares destes indivíduos poderia trazer informações sobre seu impacto no desenvolvimento da doença em nossa região, subsidiando estratégias de substituições adequadas e prazerosas ao paladar, preservando os sabores da cozinha regional e com isso melhor adesão às dietas. Os aspectos subjetivos das mudanças de hábitos necessárias ao sucesso de ações preventivas ou de abordagem de complicações se mostram muito mais complexas, indo além de apenas ensinar as regras. Entender o contexto social é fundamental nos estudos e nas ações sobre estes procedimentos.

O que antes era considerado um sucesso em tratamento, pelo êxito em se realizar uma cirurgia salvadora da vida, frequentemente aliviadora de uma jornada de grandes complicações, deixou de ser apenas um procedimento bem feito. O resultado da cirurgia de amputação não é apenas um fim da complicação de uma doença, como muitas vezes pensamos pela visão biomédica, mas sim o começo de uma nova jornada, com comprometimento de todo um processo social de formação e manutenção da identidade.

Ao entender o corpo como território, suas relações com a vida e formação de um indivíduo, a complexidade de formar aquele “eu” individual, podemos então,

enriquecer a nossa compreensão das dificuldades tão comuns enfrentadas por estes pacientes. Cada “eu” é alguém que se relaciona e está presente em um grupo social, com posições múltiplas em cada ato de sua vida, resultado de um aprendizado por meio de suas vivências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, L. G. K., VILLELA, N. e BOUSKELA, E. A microcirculação no diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [online]**. 2007, v. 51, n. 2, pp. 204-211. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27302007000200009>>. Acesso em: 12 out. 2021.
- AMARAL, A. H. et al. Prevention of lower-limb lesions and reduction of morbidity in diabetic patients. **Revista Brasileira de Ortopedia**. 2014, v. 49, n. 5, pp. 482-487. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rboe.2014.06.001>>. Acesso em: 13 set. 2021.
- ARRUDA, G. O. et al. Percepções da família acerca do cuidado ao homem com alguma condição crônica/Family perceptions about care for men with chronic conditions. **Ciência, cuidado e saúde**, 2018, 17.1. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43845>>. Acesso em: 11 nov. 2022.
- ASSUMPÇÃO, D. de et al. Hábito Alimentar de Idosos Diabéticos e não Diabéticos: Vigitel, Brasil, 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2022, v. 118, n. 2, pp. 388-397. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201204>>. Acesso em: 15 set. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BAUER, M.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 39-63.
- BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, 2018, 2.2: 1-10. Disponível em: <<https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/62/13042018180355.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 08 nov. 2020.
- BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social. DF. 1999. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3048-6-maio-1999-368532-publicacaooriginal-96753-pe.html>>. Acesso em: 08 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. 1 ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://bvsmms>>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agência Brasil. Diabetes é responsável por 43 amputações diárias no Brasil.** Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/diabetes-e-responsavel-por-43-amputacoes-diarias-no-brasil>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agência Brasil. Eu quero me exercitar.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

CARVALHO, J.S et al. Epidemiologia das amputações traumáticas atendidas em hospital público de referência em traumatologia e ortopedia. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.5, p.25068-25078, maio. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/9635/8102>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

CHINI, G. C.O; BOEMER, M. R. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 330-336, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/v84rJbqPFJMfvq5Pv3zMQ7N/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 de nov. 2022.

CORDEIRO, K.P.A. et al. Alcoholism: impacts on family life. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** 2021 jan.- mar.;17(1):84-91. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/download/168374/171683/489591>>. Acesso em: 11 nov. 2022. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.168374>.

CORREIA, E.F.; et al . Main risk factors for lower limb amputation in patients with diabetic foot: a systematic review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e59511831599, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.31599. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31599>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

CUNHA, A. C. C. P. Deficiência como expressão da questão social. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2021, n. 141 pp. 303-321. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/pykStjJty9FMZZTDCdgGCCy/abstract/?format=html&lang=en>>. Acesso em: 15 set. 2022.

CUSTÓDIO; M. S. et al., 2020. Características de amputação em membros inferiores decorrentes de pé diabético: revisão literária. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 44218-44226, jul. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12806/10756>>. Acesso em: 30 mai. 2021.

FOCH, G. F. S.; SILVA, A. M. B.; ENUMO, S. R. F. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003–2013). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 2017, 69.2: 53-71. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2290/229053873005.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 4.ed Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FUINI, L. L.. “O território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações.”

Geografia, Ensino & Pesquisa 21.1: 19-29, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13419>>. Acesso em: 12 out. 2021.

GOMES, M. F. et al. Complications faced by diabetic patients in the healing process: an integrative literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e349101419993, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19993>>. Acesso em: 06 mai. 2022.

HAESBAERT, R; BRUCE, G. A Desterritorialização na Obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia**, v. 4, n. 7, p. 7-22, 21 set. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13419>>. Acesso em: 30 set. 2021.

HAESBAERT, R. Do corpo-território ao território-corpo (da terra): contribuições decoloniais. **GEOgraphia**, v. 22, n. 48, 16 jun. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/43100>>. Acesso em: 08 set. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/governador-valadares.html>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

JUSTO, G. F.; FERREIRA, J.T.. Tortura da dieta versus prazer de comer: percepções de usuários de um ambulatório de Nutrição do Rio de Janeiro. **Equatorial - Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**, 2019, 6.11: 1-16. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/16184>>. Acesso em: 12 out. 2022.

LE BRETON, D. **A sociologia do Corpo**. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

LE BRETON, D. **Adeus ao Corpo**. 6ª ed. Campinas: Editora Papirus, 2013.

LEITE, Rosana Farias Batista, et al. Repercussões psicossociais da amputação: concepções de pessoas que as vivenciam. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2012, 4.4: 3015-3026. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750895027.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2022.

LUCAS, L. P. P. et al. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 535-8, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6005>>. Acesso em: 12 out. 2022.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, E. B. et al. Pharmacological therapy and cardiovascular risk reduction for type 2 diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2020, v. 66, n. 9, pp. 1283-1288. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1283>>. Epub 30 Sept 2020. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1283>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MATOS, D. R.; NAVES, J. F.; ARAUJO, T. C. C. F. Qualidade de vida em pacientes com amputação de membros inferiores e em uso de próteses. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 37, e190047, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000101002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. Tradução: Paulo Neves, São Paulo: Cosac Naify, 2003 536 pp., 6 ils. ISBN 978-85-7503-229-9.

MILIOLI, R.; VARGAS, M. A. de O.; LEAL, S. M. C.; MONTIEL, A. A. Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 311–319, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4703>>. Acesso em: 11 nov. 2022. DOI: 10.5902/217976924703.

MINAYO M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

MIRANDA, E.O. Experiências do corpo-território: possibilidades afro-brasileiras para a Geografia Cultural. **Élisée - Revista de Geografia da UEG**, v. 6, n. 2, p. 116-128, 12 jan. 2018. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/elisee/article/view/6621>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MONDARDO, M. L. O Corpo enquanto “Primeiro” Território de Dominação: O Biopoder e a Sociedade de Controle. **Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação**, 2009. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MONTIEL, A.; VARGAS, M. A. O.; LEAL, S. M. C. Caracterização de pessoas submetidas à amputação. **Enfermagem em foco**, 2012, 3.4: 169-173. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/377>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MUZY, J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 37, n. 5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>>. Acesso em: 28 mai. 2021.

MUZY, J. et al. Oferta e demanda de procedimentos atribuíveis ao diabetes mellitus e suas complicações no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 27, n. 04, pp. 1653-1667. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05612021>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

NASCIMENTO, V. R. “Biopoder e subjetividade: o corpo como primeiro território”. **Revista de Geopolítica**, 12.3 (2021): 87-98. Disponível em: <<http://revista.geopolitica.com.br/index.php/revistageopolitica/article/view/339/283>>. Acesso em: 05 out. 2022.

NAZARI, A.C.G; NAZARI, J.; GOMES, M.A. Tecnologia assistiva (TA): do conceito a legislação - discutindo a TA enquanto Política de Educação Inclusiva que contribui na formação e inclusão de pessoas com deficiência. VIII Seminário Nacional de Educação Especial e o VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Educação Es-

pecial e Inclusão Escolar .2019 **Anais**. Disponível em: <https://eventos.ufu.br/senace>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

NEGRETTI, P. P.; CHESANI, F. H.; GROSSKOPF, C. S. Percepção de pessoas amputadas de membros inferiores quanto ao uso de tecnologia assistiva. **Revista Univap**, [S. l.], v. 25, n. 48, p. 135–148, 2019. Disponível em: <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2225>. Acesso em: 01 nov. 2022. DOI: 10.18066/revistaunivap.v25i48.2225.

OLIVEIRA, A. F. et al. O diabético antes e após uma amputação – Conhecimento sobre pé diabético e consequências das amputações. **Revista FisiSenectus**, v. 2, n. 2, p. 9-18, 9 set. 2015. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/fisisenectus/article/view/2795>>. Acesso em: 12 out. 2022.

PACHECO, K.M.D.B; CIAMPA A da C. O processo de metamorfose na identidade da pessoa com amputação. **Acta Fisiátr**. 9 de dezembro de 2006;13(3): 163-7. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102746>>. Acesso em: 05 out. 2022.

PEDRAS, S., CARVALHO, R., PEREIRA, M. da G . Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2016, v. 62, n. 2, pp. 171-178. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.02.171>>. Acesso em: 13 set. 2021.

REIS, G. dos; CASA, A. J.Jr; CAMPOS, R.S. Perfil epidemiológico de amputados de membros superiores e inferiores atendidos em um centro de referência. 2012. **Revista eletrônica ciência e saúde**.v.2, 2012. Disponível em: <<https://www.rescceafi.com.br/vol2/n2/Gleycykely-dos-Reis-52-62.pdf> >Acesso em: 01 nov. 2012.

RODRIGUES, A.S. R. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos a amputação de membros inferiores. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 20, 2022. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1212>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SANGIROLAMO, R. G. et al. Percepção e qualidade de vida de amputados de membro inferior submetidos à reabilitação fisioterapêutica. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 4, n. 1, 1 mar. 2021. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16667>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

SANTOS, K. P. B. et al. Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018, v. 34, n. 1, e00013116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00013116>>. Acesso em: 13 set. 2021.

SEAMON, D. Corpo-Sujeito, rotinas espaço-temporais e danças-do-lugar/Body-subject, time-space routines, and place-ballets. **Geograficidade**, v. 3, n. 2, p. 4-18, 1 jul. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/327639181_Corpo-Sujeito_rotinas_espaco-temporais_e_dancas-do-lugar_Body-subject_time-space_routines_and_place-ballets>. Acesso em: 15 nov. 2020.

SEARA, S.S; RODRIGUES, A. S; ROCHA, R.M. “É muito dificultoso a gente controlar: Percepções de diabéticos sobre adesão ao tratamento”. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11830/14239>>. Acesso em: 02 nov. 2022

SILVA, A. A. S. et al. Amputation lower limb due to Diabetes Mellitus the states and regions of Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e11910413837, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13837>>. Acesso em: 01 ago 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.13837.

SILVA, J. B. et al. **É geografia, é Paul Claval**. Goiânia: FUNAPE, 2013. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/214/o/e-geografia_e-paul-claval-pdf.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVA, R. N. et al.: Epidemiological profile of hospitalizations and deaths due to amputations of limbs of people with Diabetes Mellitus in Alagoas – Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e546101019208, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19208>>. Acesso em: 11 nov. 2022. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.19208.

SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SOUZA, A.S. O enfrentamento da amputação de membros inferiores no contexto da hospitalização. **Ayvu: Revista de Psicologia**, v. 8, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/41067>> Acesso em: 01 nov. 2022.

SOUZA, C. L.; OLIVEIRA, M. V. Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 153-164, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010319>>. Acesso em: 15 set. 2021.

SOUZA, Y. P.; SANTOS, A. C. O; ALBUQUERQUE, L. C. Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil). **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 18, e20190064, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492019000100315&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2020.

SQUEFF, E. R. et al. Chorei por ter despedaçado: experiência de (viver) a amputação de membro. **Ayvu: Revista de Psicologia**, v. 8, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/49476>>. Acesso em: 05 out. 2022.

TAVARES, P.P. C. et al. Percepção de portadores de diabetes sobre educação em saúde e adoção de hábitos saudáveis. **Saúde e Pesquisa**, 2021, 14.3: 643-654. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/9459>>. Acesso em: 05 nov. 2022

UMBURANAS, R. C. et al. “Amputação de membro inferior: perfil dos pacientes do serviço de reabilitação física da unicentro–projeto órtese e prótese”. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; IX Encontro Latino Americano de Pós-graduação (2003). **Anais**, São José dos Campos 2009. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0643_0982_01.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2022

VELOSO, A. P. de M. et al Perception of people who experienced an amputation from the perspective of Merleau-Ponty. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e51891110051, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10051>>. Acesso em: 02 nov. 2022. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10051.

ANEXOS

ANEXO A: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO HOSPITAL MUNICIPAL E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS

Governador Valadares, 07 de Fevereiro de 2019.

Ao Sr. Enes Candido
Secretario Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares
R. Rui Barbosa, 135 – Centro
35020-510 – Gov. Valadares/MG

Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa no Hospital Municipal e acesso aos dados documentais

Prezado Enes Candido,

Venho por meio deste, solicitar autorização para realização de pesquisa a ser desenvolvido no Hospital Municipal referente a projeto de pesquisa intitulada: “CORPO COMO TERRITÓRIO: Representações sociais sobre a amputação”.

O estudo será desenvolvido, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral é identificar as representações sociais da amputação entre indivíduos que experimentaram perda de parte do território corporal em um hospital municipal na cidade de Governador Valadares.

Scrá objeto deste estudo os indivíduos com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na cidade de Governador Valadares, que foram submetidos à amputação em membros inferiores e/ou superiores, no ano de 2015, 2016 e 2017. Deverão apresentar função cognitiva preservada para responder aos instrumentos utilizados nessa pesquisa.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 06 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir satisfatoriamente com o conhecimento da percepção de amputação dos indivíduos que vivenciam esta experiência, além de familiares e profissionais. No que tange ao profissionais de saúde que lidam com este público, busca-se apresentar o fenômeno amputação sob a ótica do

indivíduo que a vivência, promovendo sistematização mais humanizada e qualificada para o paciente.

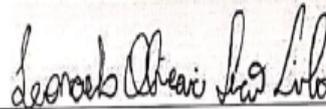
Não existem riscos diretos quanto a saúde dos participantes, embora os mesmos possam apresentar insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um relatório apresentando os resultados desta pesquisa. Neste sentido, solicitamos autorização para realização desta pesquisa, no hospital municipal de Governador Valadares.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

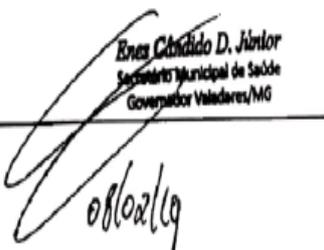
No aguardo de definições da V.Sa., nos despedimos.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Autorizado por:



Enes Cândido D. Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Governador Valadares/MG

08/02/19

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (COMISSÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA)

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CORPO COMO TERRITÓRIO: Representações sociais sobre a amputação

Pesquisador: Leonardo Oliveira Leão e Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79893417.5.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.503.632

Apresentação do Projeto:

Satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Satisfatório.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Satisfatório.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As considerações elaboradas no parecer anterior foram seguidas pelo pesquisador. No capítulo "Aspectos éticos" havia menção de que o estudo levava em conta a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, que não está mais em vigor. O relator, juntamente com os demais membros do Comitê de Ética consideraram o projeto "pendente", já que deveria seguir a Resolução 466, de 2012, do CONEP. A correção foi feita pelo pesquisador, estando todos os itens regularizados.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - B1 F1 - Sala 02
 Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
 UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
 Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3270-5543 E-mail: cep@univale.br

ANEXO C: SOLICITAÇÃO DO ACESSO AOS PRONTUÁRIOS PARA PESQUISA



SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS PRONTUÁRIOS PARA PESQUISA

Prezada Andreiandia,

Responsável pelo SAME do Hospital Municipal

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa na área de Saúde Coletiva intitulado "CORPO COMO TERRITÓRIO: Representações sociais sobre a amputação". Este trabalho possui o objetivo de identificar as representações sociais da amputação entre indivíduos que experimentaram perda de parte do território corporal.

A coleta de dados está ocorrendo em dois momentos. Em primeiro momento foi conduzida uma pesquisa documental nos registros do centro cirúrgico do Hospital Regional do município de Governador Valadares. Nessa etapa foram identificados todos os procedimentos de amputação realizados no município nos anos de 2015 a 2021. No entanto, em decorrência da pandemia por COVID-19, foram paralisadas todas as atividades de coleta de dados entre março de 2020 a setembro de 2021, não sendo possível a entrada de estudantes e pesquisadores no hospital. Atualmente o projeto encontra-se na etapa de separação de prontuários para análise e posterior entrevista em profundidade com os usuários.

Desta maneira, levando-se em consideração a aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde e Direção executiva do Hospital Municipal e considerando o período disponível em seus registros, encaminho lista de prontuários dos anos de 2019 e 2020 que serão necessários para realização do estudo. Desde já, me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Governador Valadares, 01/10/2021

Leonardo Oliveira Leão e Silva
Coordenador do Projeto

Leonardo Oliveira
Leão e Silva

Assinado de forma digital por
Leonardo Oliveira Leão e Silva
Dados: 2021.10.01 14:14:32 -03'00'

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SIREÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL MUNICIPAL

Governador Valadares, 27 de Dezembro de 2021

A Direção Clínica e Direção Técnica - Hospital Municipal de Governador Valadares

Prezados senhores:

Pelo presente solicito a autorização para a continuidade das pesquisas em prontuário do projeto do mestrado GIT UNIVALE, cujos dados foram aprovados pelo comitê de ética em pesquisa conforme abaixo:

Título da Pesquisa: CORPO COMO TERRITÓRIO: Representações sociais sobre a amputação

Pesquisador responsável pelo projeto: Leonardo Oliveira Leão e Silva - formação em enfermagem, com doutorado em saúde pública)

CAPAE: 79893417.5.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Pericial ~~Laquear~~ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informo que nesta etapa participo do projeto como pesquisadora do mestrado, e que os alunos de iniciação científica bem como o coordenador do projeto são cientes e responsáveis pelo sigilo que deve ser observado em tal pesquisa, bem como da proteção específica dos dados. Todos fazem parte do curso de medicina da UNIVALE. Anexo a solicitação nominal dos prontuários, bem como dados da aprovação da pesquisa na sua primeira etapa.

Esperando sua resposta o mais rápido possível para continuidade do projeto, que certamente contribuirá com dados para a melhora da saúde pública, coloco-me à disposição e subscrevo-me, atentiosamente,

Rosimara Moraes Bonfim

Membro titular da Sociedade Brasileira de cirurgia plástica

CRM/MG 33947

Mestranda GIT/UNIVALE

ANEXO E: QUESTIONÁRIO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

<p>UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO “Corpo como território: percepção de territorialização entre indivíduos amputados”. Entrevista estruturada</p> <p>Data: ____/____/2022 Entrevistador: _____ Nº: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Prontuário: _____</p>
<p>INSTRUÇÕES IMPORTANTES</p> <p>1. <i>Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos. Seu objetivo é verificar de que forma as Representações Sociais e as Práticas comportamentais relativas à amputação em membros. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.</i></p> <p>2. <i>Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.</i></p> <p>3. <i>Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.</i></p> <p>4. <i>Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos no conjunto de entrevistas e questionários respondidos por todos os participantes, serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.</i></p>

1 - Localização do Membro amputado: () MSD () MSE () MID () MIE

2 - Caracterizar procedimento: _____

3 - Associado com alguma doença? () SIM () NÃO

Qual? _____

Se diabetes:

a) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação? () SIM () NÃO

b) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento? () SIM () NÃO

c) Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento? () SIM () NÃO

d) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la? () SIM () NÃO

Grau de adesão terapêutica de acordo com a pontuação resultante da soma das respostas do questionário: alta adesão (4 pontos), média adesão (3 pontos) e baixa adesão (<2 pontos);

Entrevista em Profundidade (iniciar procedimentos de gravação, conforme treinamento)

1. O que o seu corpo significa para você?

2. O que a amputação significa para você?

3. Na sua visão/compreensão, amputação trouxe mudança na sua vida (social, espiritual, profissional, laços familiares/amizade)? Poderia relatar quais as principais mudanças observadas?

4. Após a amputação, quais suas expectativas?

Especifica para pacientes com *Diabetes Mellitus*

5. Como você se sente com relação ao tratamento do diabetes Mellitus depois da amputação? Ocorreram mudanças?

6. Que orientações você tem recebido dos profissionais de saúde?

ANEXO F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:
Título: CORPO COMO TERRITÓRIO: Representações sociais sobre a amputação
Natureza do Projeto: Pesquisa Linha de Pesquisa: Território, Saúde e Sociedade
Pesquisador Responsável: Leonardo Oliveira Leão e Silva
Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

1 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: "Corpo como território: percepção de territorialização entre indivíduos amputados".
- 2) A pesquisa terá como objetivo identificar as representações sociais da amputação entre indivíduos que experimentaram perda de parte do território corporal em um hospital municipal na cidade de Governador Valadares.
- 3) Você irá responder três questões relacionadas a sua vivência com o procedimento amputação e suas implicações.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 4.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso em algum momento houver constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel as suas contribuições e usará gravador para melhor absorver as respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. 4.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.
- 8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: conhecer a vivência Atenção Primária à Saúde oferecida à população do município, servindo como ferramenta de gestão, indicando os aspectos a serem trabalhados em cada um dos serviços, em sua dimensão estrutural, de processos e de resultados.
- 9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- 10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

